РЕАбилитация Врач И Здоровье

www.reaviz.ru

ЧАСТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
ОБРАЗОВАТЕЛЬНАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ

МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ «РЕАВИЗ»



СБОРНИК НАУЧНЫХ РАБОТ

VI МЕЖВУЗОВСКОЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЙ КОНФЕРЕНЦИИ СТУДЕНТОВ И МОЛОДЫХ УЧЕНЫХ С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ

Самара, 2016

МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ «РЕАВИЗ»

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

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

Самара
2016

УДК 681.3.068

Сборник научных работ VI межвузовской научно-практической конференции студентов и молодых ученых / Под общ. ред. Н.А. Лысова. – Самара: Медицинский университет «Реавиз», 2016. – ... с.

Редакционная коллегия

Н.А. Лысов, раслуженный деятель науки и образования РФ, главный редактор, ректор медицинского университета «Реавиз», доктор медицинских наук, профессор;

М.С. Громов, руководитель Саратовского медицинского университеа «Реавиз», генерал-майор медицинской службы, доктор медицинских наук, профессор;

В.Л. Сажин, руководитель Санкт-Петербургского медицинского университета «Реавиз», доктор медицинских наук, профессор;

В.Г. Тактаров, руководитель Московского медицинского университета «Реавиз», кандидат экономических наук;

А.А. Супильников, проректор по научной деятельности и организационным вопросам медицинского университета «Реавиз», кандидат медицинских наук, доцент;

И.О. Прохоренко, проректор по учебной работе медицинского университета «Реавиз», доктор медицинских наук, доцент;

Д.Л. Прибытков, старший преподаватель кафедры морфологии и патологии медицинского университета «Реавиз»;

А.В. Шумский, заведующий кафедрой стоматологии медицинский университет «Реавиз», доктор медицинских наук, профессор;

Е.О. Шарновская, редактор Медицинского университета «Реавиз»;

Е.В. Колесников, председатель Совета СНО Медицинского университета «Реавиз», студент 3 курса лечебного факультета.

Сборник содержит научные труды студентов и молодых ученых, выполняющих научные исследования по актуальным направлениям развития современной медицины и науки. Издание предназначено для преподавателей медицинских вузов, слушателей циклов усовершенствования врачей, аспирантов, клинических интернов и ординаторов, студентов.

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

УДК 681.3.068

© Медицинский университет «Реавиз», 2016

Секция 1.
ИСТОРИЯ МЕДИЦИНЫ И НАУКИ

СПОРТ И ЕГО МЕСТО В ЖИЗНИ СОВРЕМЕННОГО ОБЩЕСТВА

О.С. ***Волков***
Кафедра физической культуры
Оренбургский государственный медицинский университет
Научный руководитель: ***д.м.н. М.А. Ермакова***

В наше время спорт является глобальным явлением, которое призвано развивать в человеке идеальные качества. Но я считаю, что общественная ценность спортивных идеалов заключается не в силе, ловкости и быстроте, а в тех человеческих качествах, воспитанию которых они должны способствовать. Например, это честность, доброта к людям, стойкость характера, воля, позитивное мышление. В связи с этим хочу обозначить несколько принципов современного спорта, которые в большей степени являются качествами гармоничной личности.

1. Спортивность.
2. Смелость, решительность.
3. Настойчивость, упорство в достижении цели.
4. Чувство собственного достоинства, самоуважение.
5. Чувство красоты (эстетическое чувство).
6. Чувство гармонии, согласованность, соразмерность мыслей и поступков.
7. Дружелюбие, готовность к дружбе, поиск друзей.
8. Доброжелательность, расположенность к людям.
9. Уважение к соперникам, судьям, зрителям, в конечном счете ко всем окружающим.
10. Честность, порядочность, искренность.
11. Благородство, великодушие.

Я считаю, что олимпийская идея, возникшая когда-то на далекой греческой земле, должна стать идеей и для России. Эта идея давно покинула свою греческую колыбель и стала общечеловеческой. Понадобились годы преобразований в России, чтобы понять, что общечеловеческой – это значит и нашей тоже. А уж каждый в спорте выбирает свое место в понимании этой идеи, в ее утверждении и в ее воплощении. Олимпийские идеалы могут и должны стать общей моделью поведения и, следовательно, постоянной составной частью всех систем образования и просвещения.

Но, на мой взгляд, в нынешнее время спорт полностью переродился, как и многие другие аспекты нашей современной модернизированной жизни.

Так, известно, что в Древней Греции собирались команды разных городов и состязались в различных видах упражнений – беге, борьбе, метании различных предметов, и победители награждались по результатам этих состязаний. Похоже ли это на современный спорт? Похоже, но только на словах. На деле смысл всего спорта давно перевернут до полной противоположности античному. Во-первых, изначально соревнования проводились в доступных любому здоровому человеку видах спорта: беге, прыжках, метаниях. Но в наше время появилось много совершенно бессмысленных видов спорта.

Во-вторых, раньше спорт был любительским. Атлеты в обычной своей жизни были простыми гражданами – воинами, торговцами, учеными. Они не занимались исключительно бегом или прыжками. Пойти посоревноваться мог любой, конечно, уделив значительное время тренировкам. В наше же время для достижения олимпийских результатов люди чуть ли не с рождения погружаются в мир спорта, в том числе, допингов и других способов достижения результата. Возник целый класс таких людей, которые не имеют никакой полезной профессии, и обществу от них нет никакой пользы.

В-третьих, современный спорт из простого развлечения народа превратился в шоу, на котором зарабатываются деньги. Именно это и извращает все принципы современного спорта, изложенные мною ранее. Вывод один – поднимать спортивное движение надо снизу – с уровня школы, техникума, вуза, и тогда отдача от спорта будет куда больше. Необходимо создавать как можно больше спортивных школ, проводить широкую пропаганду спорта. Я бы даже предложил более крайние меры: считаю, что надо запретить профессиональный спорт. Спортсменов необходимо ориентировать на различные профессии, призвать служить в армию и флот. На сэкономленные финансы можно поднять детский спорт. Если целью спорта считать здоровый народ и общество, следовать вышеперечисленным принципам, то делать все это просто необходимо.

ИСТОРИЯ ОСНОВАНИЯ И СТАНОВЛЕНИЯ ГБПОУ «СМК ИМ. Н.ЛЯПИНОЙ»

Д.А. Головко

ГБПОУ «Самарский медицинский колледж им. Н.Ляпиной»

ГБПОУ «Самарский медицинский колледж им. Н. Ляпиной» – старейшее медицинское образовательное учреждение Самарской Губернии, в своем развитии отразившее историю развития медицины России.

Создание учебного медицинского учреждения, которое могло бы готовить медицинские кадры для Самары и губернии, было исключительно актуальной проблемой в середине XIX века, в связи с высокой смертностью населения, особенно детского.

Целью данной работы стало изучение истории возникновения и развития ГБПОУ «СМК им. Н. Ляпиной».

В 1866 году Земство принимает решение об открытии учебного заведения. Годом позже на территории земской больницы (ныне больница им. Н.И. Пирогова) были открыты две школы: фельдшерская и повивальных бабок, которые затем слились в одну фельдшерско-акушерскую школу. В фельдшерской школе было 4 класса. Обучение начиналось с 1 сентября и оканчивалось 1 июня. В 1 классе преподавали закон Божий, латинский язык, геометрию, физику, химию, естественную историю, описательную анатомию человеческого тела. Во втором классе – анатомию, физиологию, фармакогнозию, фармацию и фармакологию с рецептурой, малые операции и десмургию, гигиену. В третьем классе преподавали хирургию, сифилитические болезни, патологию и терапию, приготовление лекарств в аптеке. В четвертом классе – учение о пособиях при внезапных болезнях, продолжение и повторение уроков хирургии, сифилитических болезней, патологии и терапии, уход за больными, очередное дежурство в больничных палатах, патологическое и судебно-медицинское вскрытие трупов.

В конце учебного года учащиеся сдавали экзамены по всем пройденным предметам и по результатам переводились из класса в класс. По окончанию обучения они сдавали выпускные экзамены в присутствии членов врачебного отделения Губернского правления, старшего врача больницы и преподавателей, а также председателя или члена Губернской Земской Управы. Учащиеся получали свидетельство на звание фельдшера. Те выпускники, которые были от земских уездов, получая свидетельство, получали безвозмездно фельдшерские и акушерские инструменты и все те учебники, какими пользовались в течение всего обучения. Также они приобретали право практиковать в деревнях.

Учащиеся земской фельдшерской школы, получившие звание фельдшера, должны были проработать в этом звании за установленное жалованье по одному году, за каждый год содержания их в школе, а затем могли перейти на самостоятельную службу.

За 150 лет колледж пережил много самых разных структурных изменений, но качество и объём подготовки специалистов средней медицинской квалификации всегда соответствовали потребностям времени.

Так, в 1923 году Школу переименовали в Медицинский техникум.

Преподаватели медтехникума провели большую работу по сокращению сроков обучения и переработке учебных планов на основе усиления производственной практики и более рационального распределения программного материала.

Обучение в техникуме строилось таким образом, чтобы оно было изучением не отдельных дисциплин, а изучением производства. Большое внимание обращалось на перенос части занятий, особенно учебной практики,

непосредственно на производство, в ЛПУ, в частности, на летнюю производственную практику, которая проводилась обязательно в условиях участковой сельской медицины – в колхозах и совхозах.

Основными требованиями к ее проведению были непрерывность – в течение всего года в ЛПУ города и деревни, соответствие определенным, конкретным программам, активное участие учащихся в уходе за пациентами, их лечении и профилактике заболеваний.

Медтехникум, перестроив свои учебные планы и программы, действительно способствовал разрешению узлового вопроса дня, вопроса о кадрах.

Таким образом, были заложены основы развития ведущего образовательного учреждения по подготовке средних медицинских кадров для Самарской области.

СТЕПАН ФОМИЧ ХОТОВИЦКИЙ – ПЕРВЫЙ РУССКИЙ ПЕДИАТР (К 220-ЛЕТИЮ СО ДНЯ РОЖДЕНИЯ)

А.В. Горшенин

Кафедра гуманитарных дисциплин

Медицинский университет «Реавиз»

В первой половине XIX века в России ещё не были определены цели и задачи педиатрии, анатомия и физиология ребёнка – мало разработаны, оригинального русского руководства по педиатрии не было. Именно С.Ф. Хотовицкому принадлежит заслуга создания такого руководства и выделения педиатрии как отдельной медицинской отрасли.

Степан Фомич Хотовицкий родился в 1796 г. в селе Красилове Волынской губернии в семье священника. В 1805 г. его опередили на обучение в духовную семинарию. Летом 1813 г. Хотовицкий, как один из блестящих учеников, поступил в Петербургскую медико-хирургическую академию, которую закончил в 1817 г. с серебряной медалью, получив специальность лекаря.

После окончания университета в период 1818-1822 гг. Степан Фомич стажировался в зарубежных клиниках Европы, в 1822 г. был утвержден адъюнкт-профессором по кафедре повивального искусства, судебной медицины и медицинской полиции Петербургской медико-хирургической академии, в 1823 г. блестяще защитил диссертацию на степень доктора медицины.

С 1823 г. на протяжении нескольких лет он находился в Астрахани, где изучал эпидемию холеры и пытался выработать средства борьбы с ней.

В 1828 г. Хотовицкий был назначен старшим городским акушером Петербурга. Именно с этих лет он начинает совмещать преподавание в университете, занятия научной деятельностью и медицинской практикой. Его научные публикации в двадцатых годах XVIII столетия касались вопросов судебной медицины и медицинской полиции (гигиены), а в начале тридцатых годов

вышли две его монографии: «О сибирской язве», «О холере». Также в этот период он являлся редактором «Военно-медицинского журнала».

Подлинным поворотом в жизни Хотовицкого стало утверждение его в 1836 г. ординарным профессором кафедры акушерства и вообще учения о женских и детских болезнях. В период 1830-1840 гг. его научная деятельность была сосредоточена в области акушерства и педиатрии. Он первым из русских ученых стал читать курс детских болезней в высшей школе не как раздел болезней новорожденных (как было принято в те годы), а как полный курс педиатрии. При этом он излагал подробно физиологию и патологию детей всех периодов детского возраста, а также включил в свой курс острые детские инфекции.

Степан Фомич первым из русских профессоров содействовал организации акушерской, женской и детской клиники, в которой детскому отделению отвели самостоятельное помещение.

Хотовицкий, опередив зарубежных авторов, в своих педиатрических работах четко сформулировал следующие положения:

1) отличие детского организма от организма взрослого заключается не в меньшей величине его органов, но в особенностях строения органов и их функций, как в здоровом, так и в болезненном состоянии;

2) органические и функциональные особенности ребенка не неизменны: напротив, в ходе развития он ни одного момента не остается в одном и том же состоянии; количественные и качественные изменения в строении и отправлениях органов непрерывно совершаются от рождения ребенка до его возмужалости;

3) изменения в тех или иных органах не происходят в одно и то же время, а каждая ткань и часть тела имеет свои периоды развития;

4) предварительное изучение и знание особенностей детского организма и его реакций, детской семиотики, методики обследования и учет всех этих особенностей необходимы при распознавании и лечении детских заболеваний.

Важной заслугой Хотовицкого стало создание первого оригинального русского руководства по педиатрии «Педиятрика» (1847 г.). Тираж этого издания был маленьким – всего 600 экземпляров, поэтому книгу быстро раскупили. Повторно эта работа, к сожалению, не переиздавалась.

В 1847 г. его лишили клиники, которую он создал, оставили лишь одного помощника. Из-за возникших интриг в медико-хирургической академии он был вынужден подать в отставку.

Почти сорок лет после ухода в отставку он проживал в Петербурге на скромную пенсию, оставленный всеми коллегами и учениками. Имя Хотовицкого и его заслуги в области педиатрии были недооценены современниками и незаслуженно забыты последующими поколениями.

ИЗ ИСТОРИИ СТАНОВЛЕНИЯ КОЖНОЙ ПЛАСТИКИ В РОССИИ

К.Е. Жарова

Кафедра гуманитарных дисциплин

Медицинский университет «Реавиз»

Научный руководитель: ***ассистент А.В. Горшенин***

Целью исследования является изучение основных этапов становления отечественной пластической хирургии.

Пластическая хирургия имеет многовековую историю. Первые данные о пластических операциях на лице, главным образом, о пластике носа, относятся еще к глубокой древности. В папирусе Эберса (более 8 тыс. лет до н.э.) имеются указания на применение пластики носа в древнем Египте. Пластические операции производились также в Древней Индии за 1 тыс. лет до н. э. В книге Аюр-Веда, относящейся к VIII в. до н. э. и приписываемой древнеиндийскому врачу Сусрута, содержится описание пластического восстановления носа из кожных лоскутов на ножке, взятых на лбу или на щеке. Наряду с пластикой носа, описываются также методы восстановления и других частей лица.

Русская пластическая хирургия начала развиваться с середины XIX века. Однако следует отметить, что за сравнительно короткий период русские хирурги успели сделать очень много, ими разработаны и предложены принципиально новые и оригинальные методы операций во всех областях пластической хирургии.

Большое значение для развития операций кожной пластики имело классическое руководство киевского хирурга Ю.К. Шимановского «Операции на поверхности человеческого тела» (1865), долгие годы остававшееся одной из основных капитальных работ по кожной пластике.

Первая операция свободной пересадки кожи в России была осуществлена в 1870 г. С. М. Янович-Чайнским, через 8 месяцев после того, как она была предложена Реверденом.

Удачные свободные пересадки кожи послужили основанием для изучения возможности пересадки других тканей. Израиль в 1896 г. предложил свободно пересаживать кусочек большеберцовой кости для исправления формы носа. В 1900 г. Мангольдт использовал для этой цели пересадку хряща. Позже этот способ прочно внедрился в хирургическую практику, чему немало содействовали работы П.И. Дьяконова, Н.Н. Петрова, Н.М. Михельсона и других русских хирургов.

Отечественная хирургия рубежа XIX-XX вв. достигла немалых успехов в области пластики лица, особенно ринопластики, благодаря трудам П.И. Дьяконова, В.Н. Павлова-Сильванского, Н.Н. Петрова и другие.

В годы Великой Отечественной войны получили широкое распространение методы свободной пересадки крупных дырчатых кожных лоскутов, сы-

гравшие большую роль в лечении раненых. Их начали внедрять Ю.Ю. Джанелидзе, Б.В. Парин, Ф.М. Хитров и др.

Наиболее крупным достижением пластической хирургии в период Великой Отечественной войны явилось массовое проведение пластических операций в госпиталях. Организация в СССР сети специализированных госпиталей, массовое применение методов пластической хирургии на ранах, рубцах, контрактурах, повреждениях лица дали блестящие результаты – в армию вернулось более 70% раненых.

Новым важным этапом в развитии свободной пересадки кожи явилось введение в практику методов механического вырезывания кожных лоскутов заранее намеченной площади, формы и толщины с помощью специальных инструментов – так называемых дерматомов (первый был создан врачом И. Педжетом в 1939 г.). Первый советский дерматом сконструирован М.В. Колокольцевым в 1946 г. Отечественная медицинская промышленность стала выпускать дерматомы системы завода «Красногвардеец» в Ленинграде.

Основным недостатком кожной пластики в СССР являлась нехватка специалистов. Дело в том, что медицинские вузы не готовили пластических хирургов, и только благодаря выдающимся хирургам А.Г. Лапчинскому и А.М. Литинскому в Советском Союзе появилось первое поколение хирургов-пластиков.

Из краткого обзора истории кожной пластики видно, что русским хирургам принадлежит ведущее место в развитии пластической хирургии.

Таким образом, кожная пластика на первых этапах своего существования выступала как необходимое хирургическое вмешательство. Благодаря накопленному опыту и научным достижениям последних лет, пластика всё чаще является средством эстетической коррекции.

ТЕОРИЯ ПОЗНАЮЩЕГО СУБЪЕКТА

В.В. Жданова

Кафедра гуманитарных дисциплин

Медицинский университет «Реавиз»

Если знание есть целиком состояние познающего субъекта, то спрашивается, как в познающем субъекте возникает и строится знание о внешнем, транссубъективном мире?

Для решения данного вопроса философы разделились на два противоположных направления. Первое – трансцендентальный эмпиризм, представители которого утверждаю, что знание о внешнем мире можно построить сполна или главным образом из тех состояний, которые возникают в познающем субъекте как результат воздействия на него транссубъективного мира. Иными словами, они хотят построить все знания из пассивных испытаний

познающего субъекта, из данных опыта, рассматривая эти данные как следствия воздействия внешнего мира на познающее существо. Историческим примером трансцендентного эмпиризма могут служить теории знания английских философов Ф. Бэкона, Т. Гоббса, Д. Юма, Д. Беркли и других.

Второе направление – трансцендентальный рационализм. Его представители полагают, что этим пассивным путем нельзя узнать свойство самого внешнего мира, и утверждают, что субъект может получить достоверное научное знание о внешнем мире не путем общения с этим миром, а изнутри себя, путем самодеятельности своего духа, посредством деятельности своего разума и мышления. Лучшим историческим примером трансцендентного рационализма могут служить философские системы Р. Декарта, Б. Спинозы, Г. Лейбница. Причем следует заметить, что эмпиризм и рационализм могут быть как трансцендентальными, так и имманентными. Из того, как трансцендентный эмпиризм подходит к изучению проблемы истины, видно, что его теория должна иметь генетический характер, т.е. объяснять свойства истины процессом происхождения знания. В связи с этим она должна быть натуралистической, психо-физиологической или, по крайней мере, психологической.

Список используемой литературы

1. Демин, И.В. Соотношение понимания и истолкования в контексте герменевтической философии / И.В. Демин// Аспирантский вестник Поволжья. – 2014. № 3-4. – С. 10-14.

2. Лега, В.П. Секст Эмпирик: Скептицизм как образ жизни / В.П. Лега// Из истории античной науки и философии. – М.,2000, с. 210-219.

3. Лосев, А.Ф. История античной философии в конспективном изложении/ А.Ф. Лосев// – М., 2000.

4. Лекторский, В. А. Субъект, объект, познание/ В.А. Лекторский// – М., 2010.

В ЧЕСТЬ ВЕЛИКОГО ХИРУРГА

Д.Н. Зырянова

Кафедра топографической анатомии оперативной хирургии
ГБОУ ВПО ЮУГМУ Минздрава России
Научный руководитель: ***к.м.н., доцент О.В. Пешиков***

«Aliis inserviendo consumor» – так уже в V-IV вв. до н.э. знаменитый мыслитель и медик Древней Греции Гиппократ определил предназначение истинного врачевателя. Одним из таких выдающихся людей был знаменитый на весь мир хирург Николай Васильевич Склифосовский, 180-летие которого отмечается в этом году.

Н.В. Склифосовский оперировал во всех областях хирургии, смело внедряя в практику новейшие достижения науки. Память об этом человеке, о тех огромных шагах по ступеням развития медицины будет жить вечно не только в сердцах врачей. Имя Н.В. Склифосовского, всю жизнь избегающего почестей и похвал, по-прежнему ярко сияет в науке и истории.

Целью и задачей работы стало на основании источников литературы выяснить, в каких лечебных учреждениях было увековечено имя Н.В. Склифосовского.

Полтавская областная клиническая больница, с которой связаны многие годы жизни великого хирурга, с гордостью носит его имя. 25 мая 1979 года перед главным корпусом больницы к 75-летию со смерти Николая Васильевича был установлен на постамент гранитный бюст врача. На памятнике выгравирована надпись: «От хирургов Советской Украины и благодарных полтавчан». Именно здесь, в губернской больнице, Склифосовский выполнял сложнейшие операции, спасая жизни людям.

Однако память о столь замечательном человеке и его заслугах жива и в столице нашей родины. В Москве, на Большой Сухаревской площади, находится крупнейший в стране многопрофильный научно-практический центр экстренной медицинской помощи «Научно-исследовательский институт скорой помощи им. Н.В. Склифосовского». Известно, что он начинает свою историю от Странноприемного дома, основанного в 1803 году графом Н.П. Шереметьевым в целях благотворительности. Это было одно из первых учреждений в России по оказанию медицинской помощи беднейшим слоям населения, а также больным, за которыми некому было ухаживать. Вскоре это заведение превратилось в обычную больницу, где в дальнейшем была организована станция скорой помощи, а в 1923 году станция превратилась в НИИ скорой помощи, названная в честь Н.В Склифосовского. Со времени основания больницы медицина далеко продвинулась вперед, но некоторые нововведения были сделаны именно здесь. В 1930 году впервые в мире талантливый врач С.С. Юдин перелил фибринолизную кровь погибавшему от кровотечения больному и спас его. Благодаря д.б.н. В.П. Демихову и его бригаде, исследования по пересадке сердца и других органов позволили выработать базовые принципы техники операций, используемые в современной трансплантологии. Так, в начале XXI века директор НИИ скорой помощи им. Н.В. Склифосовкого, чл.-корр. РАМН, профессор М.Ш. Хубутия впервые провел трансплантацию сердца, почек, поджелудочной железы и легких.

В настоящее время больница является одним из ведущих лечебных учреждений страны. За время ее работы квалифицированные специалисты спасли миллионы жизней и продолжают это делать ежедневно. Только за один год они проводят более 20 тыс. сложнейших операций.

В институте занимаются научными исследованиями по пяти направлениям: механические и термические травмы; диагностика и лечение острой

коронарной и церебральной недостаточности; патологии органов брюшной полости; лечение острых экзотоксикозов и эндотоксикозов; организация специализированной неотложной помощи на стационарном этапе. Считается, что дух Н.В. Склифосовского морально поддерживает и вдохновляет врачей. Врачебная интуиция и чутьё на диагнозы – те качества, которые знаменитый хирург «помогает» открыть и развить в себе своим коллегам, а атмосфера заботы ускоряет выздоровление пациентов.

Разработками и результатами исследований Н.В. Склифосовского до сих пор пользуются современные врачи, а открытия в области медицины и огромный вклад в ее развитие навсегда останутся не только на страницах учебников, но и в памяти людей. Сотрудники лечебных учреждений, названных его именем, будут с вниманием и человечностью относится к людям, оказывая в полной мере квалифицированную помощь, как это делал Н.В. Склифосовский.

ПАНДЕМИИ ЧУМЫ В МИРОВОЙ ИСТОРИИ

А.Д. Иванова
Кафедра гуманитарных дисциплин
Медицинский университет «Реавиз»
Научный руководитель: ***ассистент А.В. Горшенин***

Из истории медицины видно, что в прошлом для людей не было более грозного и заразного заболевания, чем чума.

Эпидемии чумы отмечались ещё в древней истории. Они обычно начинались в Азии или Африке, много раз проникали в Европу и уносили массу жертв. Эпидемия чумы свирепствовала среди филистимлян в 1320 г. до н.э.

Первая доказанная пандемия чумы бушевала в VI в. и именовалась «юстиниановой чумой». Пандемия началась в Палюзе, расположенном в Нижнем Египте. По выходе из Египта пандемия распространилась двумя путями: на запад к Александрии и на восток – в Палестину и Сирию.

Чума за 5 лет (542-546 гг.) охватила все известные тогда страны и распространилась, по выражению летописца, «до грани обитаемого мира». Болезнь тогда протекала в следующих формах: часть людей умирала внезапно, у других заболевание начиналось ознобом, лихорадочное состояние сопровождалось иногда бредом и адинамией. Появление петехий на коже и кровохарканье неизменно предвещали смерть. При лихорадочном состоянии часто появлялись бубоны с омертвением окружающих тканей, что приводило к смерти.

«Моровая язва Юстиниана» за 50 лет унесла в странах Средиземного моря около 100 млн. жизней, способствовала упадку Византийской империи и возрождению дикости нравов.

Вторая пандемия чумы, возникшая в XIV в. (1347-1350 гг.), вошла в историю как «черная смерть». Она началась в Азии и проникла в Европу по всем основным торговым путям. В ряде городов летальность достигала 100%. Обилие блох в жилище и низкий уровень санитарной культуры только способствовали распространению чумы.

Охватив все европейские страны, чума проникла в Россию через Псков. В этом городе количество умерших было настолько велико, что их не успевали хоронить.

Болезнь нередко носила характер тяжелейшего поражения легких, сопровождавшихся лихорадкой и кровохарканьем, и заканчивавшегося смертью в течение первых 3 суток. Для современников «черной смерти» было ясно, что болезнь очень заразна. Поэтому стали возникать строгие карантины, которые приносили мало пользы.

Во время этой пандемии было отмечено, что больные, в редких случаях выздоровевшие от чумы, как правило, повторно ее не заболевали.

За время пандемии «черной смерти» погибло около 50 млн. человек, из них 25 млн. в Африке и Азии и 25 млн. в Европе (25% населения). Пандемия «черной смерти» стала началом ряда эпидемий чумы, которые возникали в Европе ещё в течение нескольких сотен лет.

Третья пандемия чумы, она же панзоотопия, вспыхнула в 1894 г. на острове Гонконг. За 10 лет после начала эпидемии (1894-1903 гг.) чумой было охвачено 87 портовых городов, из них в Азии – 31, Европе – 12, Африке – 18, Северной Америке – 4, Южной Америке – 15 и в Австралии – 7. Во многие из этих портов чуму завозили по несколько раз.

Характерной особенностью распространения чумы во время третьей пандемии было то, что она в подавляющем большинстве случаев из пораженных морских портов не проникала в глубь материков.

Во время эпидемии чумы в Гонконге, в 1894 г., француз Йерсен и японец Китасато независимо друг от друга открыли возбудителя чумы. Затем Йерсен выделил возбудителя чумы от крыс и тем самым показал, что крысы являются источником заражения чумой. Вслед за ним японский ученый Огата и французский врач Симонд обнаружили, что передача чумы от больной крысы к здоровой, от крысы к человеку осуществляется блохами. Эти открытия позволили установить, что болезнь переносится крысами на быстроходных паровых судах, вследствие плохого санитарного состояния портов и самих судов.

В 1926 г. в Париже были приняты «Правила по санитарной охране границ», которыми стали пользоваться почти все страны мира. Проведение санитарно-защитных мероприятий позволило к середине XX в. снизить случаи заражения чумой в десятки раз.

Таким образом, важно уделять большое значение санитарным мероприятиям для профилактики чумы и других заболеваний.

РОЛЬ ОТЕЧЕСТВЕННЫХ УЧЕНЫХ В ИЗУЧЕНИИ ИНФЕКЦИОННОЙ ПАТОЛОГИИ

А.М. Карагаева

Кафедра инфекционных болезней и эпидемиологии
ГБОУ ВПО «Астраханский государственный медицинский университет»
Научный руководитель: ***к.м.н., доцент Р.С. Аракельян***

Учение об инфекционных болезнях уходит в глубь веков. Представление о заразности таких болезней, как чума, оспа, холера и многие другие, зародилось еще у древних народов. Задолго до нашей эры уже применялись некоторые простейшие меры предосторожности в отношении заразных больных. Однако эти отрывочные наблюдения и смелые догадки были весьма далеки от подлинно научных знаний. Большие заслуги в области изучения инфекционных болезней принадлежат выдающимся русским профессорам С.П. Боткину, А.А. Остроумову, Н.Ф. Филатову.

Цель настоящей работы: рассмотреть вклад отечественных ученых в изучение инфекционной патологии.

С.П. Боткин сыграл значительную роль в развитии отечественной патологии, установил волнообразное течение брюшного тифа, оспы, скарлатины, кори, проявляющееся не только в температурной реакции, но и в других клинических симптомах, свойственных каждой форме болезни. Его ученик профессор Н.Н. Васильев (1852-1891) выделил в самостоятельную болезнь «инфекционную желтуху» (иктеро-геморрагический лептоспироз). Замечательный детский врач профессор Н.Ф. Филатов впервые изучил и описал железистую лихорадку-инфекционный мононуклеоз, болезнь, известную в настоящее время под названием болезни Филатова. Д.К. Заболотный исследовал проблему иммунизации человека против холеры, разрабатывал меры по предотвращению заболеваний чумой. Доказал возможность холерного бациллоносительства здоровыми людьми. В.И. Покровский большое внимание уделял разработке методов лечения ряда инфекционных заболеваний. И.И. Мечниковым в 1882-1883 гг. было открыто явление фагоцитоза, положившее начало учению об иммунитете и перспективе профилактики и лечения инфекционных болезней. Эти открытия позволили разработать и применить в клинике серологические исследования (реакции агглютинации, преципитации и др.) для лабораторной диагностики инфекционных болезней. Е.Н. Павловский разработал учение о природной очаговости трансмиссивных болезней человека. Н.Д. Ющуком впервые в мире на молекулярном уровне проведено всестороннее исследование патогенеза сальмонеллеза, острой дизентерии, ротовирусного гастроэнтерита, кампилобактериоза. Л.В. Попов впервые описал инфекционную гранулему периваскулярных узелков в головном мозге людей, погибших от сыпного тифа. Распознавание малярии было значительно облегчено, благодаря методу дифференциальной

окраски ядра и протоплазмы малярийного плазмодия в мазках крови, разработанному Д.Л. Романовским. В 1963 г. советские ученые А.А. Смородинцев и М.П. Чумаков были удостоены Ленинской премии за разработку вакцины против полиомиелита. Химиопрофилактику малярии с помощью ежедневного приема лицами, подвергающимися опасности заражения, малых доз хинина (по 0,15—0,25 г в день) впервые осуществил русский военный врач А. Яссинский (1858).

Мы также рассмотрели работы ученых, которые разработали вакцины против туляремии (Л.М. Хатеневер и Н.А. Гайский), сибирской язвы (Н.Н. Гинсбург), сыпного тифа (М.К. Кронтовский), клещевого энцефалита (Л.А. Зильбер).

Профессор Федор Михайлович Топорков и врач-паразитолог Ш.И. Эпштейн впервые в Астрахани начали работу по ликвидации малярии. Профессор Х.М. Галимзянов был первым ученым, который изучал новое инфекционное заболевание в Астраханской области – Астраханскую риккетсиозную лихорадку. Его докторская диссертация посвящена особенностям этиологии, патогенеза, клиники, дифференциальной диагностики и лечения данной патологии.

Вклад отечественных ученых в развитие инфекционной патологии огромен, их теоретические концепции в области частной и общей эпидемиологии выдержали испытание временем. В этом их сила, достоверность и неоценимое значение.

РОЛЬ СЕМИОТИКИ В СОВРЕМЕННОЙ МУЛЬТИПЛЕКАЦИИ

М.В. Куц

Кафедра гуманитарных дисциплин

Медицинский университет «Реавиз»

Научный руководитель: ***к.ф.н., доцент В.В. Жданова***

Семиотика появилась в 20 веке, и до сих пор её роль как единой науки остаётся спорной. Само понятие семиотика означает науку о знаках и знаковых систем.

Существует информационно-семиотическая концепция, которая говорит нам о том, что культура есть мир артефактов, смыслов и знаков. Важную роль здесь играет именно знак как носитель информации. Он обладает смыслом (план содержания) и денотатом (план выражения).

Для того, чтобы завершить цикл коммуникации и донести до получателя нужную информацию, сообщение кодируют.

В такой науке, как коммуникология (наука о процессе обмена информации) под кодированием (мультипликацией) понимают переработку исходной идеи сообщения в целях трансляции её получателю (брошюра, рекламный ролик, кино, мультфильм и прочее).

В современном мире возрастает роль массовой коммуникации, например, кинематографа, мультипликационных фильмов. Данное явление влияет на всеобщее и массовое сознание человека. Кодирование имеет здесь большое значение. Отправитель может донести до получателя любую необходимую ему информацию. Естественно, с помощью знака. Примером может служить скрытая реклама в кино, мультфильмах.

Интересным является тот факт, что в отличие от литературы, где преобладают символические знаки (являются условными, т.к. денотат связан с формой по соглашению негласно заключённому пользователями этих знаков), в кино и мультфильмах отношения иконические (форма и денотат сходны) или индексальные (форма и денотат смежные). Благодаря этому, между знаком и объектом почти нет смыслового разрыва, нежели чем в ситуации с символами. В кинематографе и мультипликации имеются такие компоненты как кадр, звук, освещение, спецэффекты, что является вспомогательными условиями для передачи информации. Она делается более полной, следовательно, создаётся неограниченный простор для манипуляции сознания зрителя. Это заставляет поверить человека почти во всё, что угодно.

Можно сделать вывод, что роль семиотики в современной мультипликации заключается в наиболее полном донесении до получателя необходимой информации таким образом, чтобы он смог правильно суметь расшифровать знаки, раскрыть их значение и интерпретировать верным образом.

СОЦИАЛИЗАЦИЯ КАК ОТВЕТ НА КРИЗИС

К.Н. Малярова

Кафедра гуманитарных дисциплин

Медицинский университет «Реавиз»

Научный руководитель: ***к.ф.н., доцент В.В. Жданова***

Выделяются три сферы, в которых осуществляется становление личности: деятельность, общение, самосознание. Каждая из этих сфер должна быть рассмотрена особо. Общей характеристикой всех этих трёх сфер является процесс расширения, умножения социальных связей индивида с внешним миром.

Актуальность данной темы высока, так как на сегодняшний день уровень оптимальной социализации находиться на достаточно низкой ступени развития. На момент появления этого вопроса нет сторонников данной проблемы в связи с ярко выраженными проблемами общей деградации и деформации общества. Восемь стадий человеческого развития по Эриксону сегодня заменены финансово-меркантильными отношениями и абсолютной незаинтересованностью современного социума на решения данных проблем на фоне общемировых катастроф.

Некоторые социологи утверждают, что изменение процесса социализации во взрослом возрасте объясняется тем, что переживания и кризисы в жизни взрослых и детей различны. Такой подход назван адаптивистским: жизнь взрослых рассматривается как ряд ожидаемых и неожиданных кризисов, которые необходимо осмыслить и преодолеть. Например, ожидаемым кризисом можно считать потерю физической подвижности с возрастом; неожиданным кризисом может стать смерть одного из супругов.

Сторонники адаптивистского подхода обычно считают, что взрослым приходится преодолевать один за другим ряд отдельных кризисов, и разрешение одного из них не всегда помогает выдержать следующий. В отличие от этих теорий, развивающий подход подразумевает, что процесс социализации взрослых не исчерпывается преодолением одного кризиса и переходом к другому. Сторонники развивающегося подхода полагают, что кризисы создают основу для дальнейшего роста. Психолог Эрик Эриксон одним из первых предложил теорию развития личности в течение всей её жизни. Согласно теории Эриксона, жизненный цикл развития состоит из восьми стадий. Первые пять приходятся на детство, а последние три соответствуют определенным периодам в жизни взрослых. На каждой стадии в жизни индивида возникает специфический кризис или сомнение, а переход от одной стадии к другой происходит в результате преодоления этого кризиса, даже если он разрешается не полностью.

Современный уровень социализации находится в крайне выраженном упадке, и только совместные общесоциальные и государственные меры могут прекратить точку падения и повлиять на развитие грядущего поколения как достойных приемников предшествующих поколений.

ИСТОРИЯ РАЗВИТИЯ ЛЕЧЕБНОЙ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЫ В РОССИИ

И.И. Родин

Кафедра гуманитарных дисциплин

Медицинский университет «Реавиз»

Научный руководитель: ассистент ***А.В. Горшенин***

Лечебная физическая культура – самостоятельная медицинская дисциплина, которая использует средства физической культуры и различных систем врачебной гимнастики для профилактики и лечения многих заболеваний и травм. Основной её целью является выведение в кратчайший срок организма из патологического состояния и восстановление трудоспособности больного человека. Это также и метод функциональной терапии, использующий в качестве основного лечебного средства физические упражнении.

В Китае письменные источники, свидетельствующие о появлении лечебной гимнастики и массажа, относятся к 3 тыс. до н.э. Появившиеся через ты-

сячу лет в Индии книги Веды содержат подробное описание лечебного действия дыхательных упражнений, специальных пассивных движений, купания и растирания тела.

Дальнейшее развитие лечебной физической культуры, было связано с именем таджикского ученого Авиценны. Он теоретически обосновал применение физических упражнений с лечебной и профилактической целью, использование солнечных и воздушных ванн и подробно описал ряд гимнастических и прикладных упражнений.

В России указания на применение движения в качестве лечебного метода впервые обнаруживаются в рукописных лечебниках XVI-XVII вв. Оригинальность этих указаний заключается в том, что они давали представление о значении комплексного применения тепла и движений. Так, контрактуры травматического происхождения рекомендовалось лечить русской баней в сочетании со специальными активными движениями. В делах Аптекарского приказа найден рецепт, выписанный царю Алексею Михайловичу, которого лечили от ожирения, по которому царю рекомендованы были верховая езда, ходьба, бег и охота.

Русская наука о лечебном применении физических упражнений с конца XVIII в., получила широкое развитие. Первый русский анатом академик А.П. Протасов в 1765г. прочитал в Петербургской академии наук лекцию «О необходимости движения для сохранения здоровья». Профессор Московского университета С.Г. Зыбелин в 1775 г. рекомендовал специальные упражнения для здоровых и больных детей грудного возраста.

Академик Буш в первом русском оригинальном учебнике по хирургии (1810 г.) указывал на необходимость специальных движений для предупреждения тугоподвижности суставов после повреждений.

М.Я. Мудров – крупнейший терапевт, первый из врачей, указавший на необходимость «лечить не болезнь, а больного», в «Слове о способе учить и учиться медицине практической» в 1820 г., писал о необходимости рационального сочетания движений и покоя в соответствии с течением болезни.

После Октябрьской революции средства ЛФК начинают повсеместно внедряться в медицинских учреждениях на государственном уровне.

Наибольшее развитие эта отрасль получила во время Великой Отечественной войны. Особое значение она приобрела в госпиталях для лечения раненых и больных. Комплексное лечение с включением в него лечебной физической культуры обеспечивало не только выздоровление, но и быстрое восстановление боеспособности солдат. Для них проводили занятия лечебной гимнастики в палатах, обучали навыкам самомассажа, разрабатывали оригинальные аппараты для кинезотерапии, наряду с этим в значительном объёме применяли средства ЛФК: дыхательные упражнения, активные упражнения для травмированных конечностей, лечение положением, массаж.

Для помощи практическим работникам были изданы методические руководства о применении лечебной физической культуры на всех этапах лечения раненых больных.

В послевоенный период область применения ЛФК значительно расширилось. Она начинает применяться при сердечно-сосудистых заболеваниях, органах пищеварения, при заболеваниях головного и спинного мозга и т.д.

В настоящее время наиболее эффективным методом лечения считается комплексное. Лечебная физическая культура – неотъемлемая часть комплексного лечения, поэтому каждый врач должен иметь определенный объем знаний в этой области.

УЧЕНИКИ Н.В. СКЛИФОСОВСКОГО И ИХ ДОСТИЖЕНИЯ

А.О. Самаркина, М.В. Сухарева

Кафедра топографической анатомии и оперативной хирургии

ГБОУ ВПО ЮУГМУ Минздрава России

Научный руководитель: к.м.н. ***О.В. Пешиков***

В 2016 году исполняется 180 лет со дня рождения великого врача Николая Васильевича Склифосовского. После прохождения ординатуры в клинике им. Н.В. Склифосовского выпустилось немало видных научных и практических деятелей. Знакомство с их вкладом в развитие отечественной медицины, согласно новому федеральному государственному образовательному стандарту, вынесено на самостоятельное изучение.

Николай Васильевич родился в городе Дубоссары, окончил гимназию в Одессе, отправился в Москву и поступил на медицинский факультет Московского университета. После блестящего окончания университета в 1859 году, он занимался научной деятельностью и в 1863 году защитил докторскую диссертацию на тему «О кровяной околоматочной опухоли».

Неоценимый вклад Николай Васильевич внес в развитие высшего медицинского образования и подготовку отечественных хирургов. Кроме чтения лекций, Н.В. Склифосовский много внимания уделял практической работе со студентами в клинике. Молодые врачи после такого обучения были подготовленными к самостоятельной работе.

Из ординатуры в клинике ученого выпустился Александр Семенович Таубер, который оставил более 60 научных трудов. Наиболее ценными его работами являются: «Материалы к вопросу об удлинении конечностей», «О костнопластической ампутации и резекции стопы», «Огнестрельные повреждения при современном вооружении армии». Огромную ценность представляет его исследование «Современные школы хирургии в главнейших государствах Европы».

Одним из учеников Н.В. Склифосовского был и Василий Иванович Кузьмин – выдающийся отечественный хирург. Он увлекся изучением патологи-

ческой анатомии и в 1879 году успешно защитил докторскую диссертацию на тему «Огнестрельные раны коленного сустава и сопровождающие их патолого-анатомические изменения гиалинового хряща». Василий Иванович написал большое количество трудов, посвященных разным областям патологической анатомии.

Выдающийся русский хирург Иван Константинович Спижарный также был учеником Н.В. Склифосовского. Он написал около 60 научных трудов, посвященных вопросам хирургического лечения болезней центральной и периферической нервной системы, проблемам травматологии и ортопедии, язвенной болезни и рака желудка. Спижарный предложил особый способ пластики брюшной стенки при её дефектах и совершенно новый метод хирургического удаления всего языка.

Среди студентов Н.В. Склифосовского был и Михаил Владимирович Яновский. Его научная деятельность посвящена объяснению гипотезы о существовании «периферического сердца». В своих трудах он описывал физико-химические, биохимические и биофизические свойства эритроцитов, что и положило начало функциональной гематологии. С его именем также связано открытие бескровного метода измерения венозного давления. Михаилу Владимировичу принадлежит ряд работ: «Об угнетающем действии на нервную систему нитринных солей нескольких летучих жирных кислот», «Об отношении крови к слабым растворам поваренной соли в течение возвратного тифа», «Об отношении крови к слабым растворам поваренной соли в течение брюшного тифа».

Николай Васильевич осознавал существующие пробелы в преподавании практических дисциплин и прививал своим ученикам обязательные для врача черты характера, воспитывая в них чуткость и внимательность к пациентам. Н.В. Склифосовский старался вывести русских студентов на более высокий уровень знаний, занимаясь с ними практической деятельностью не меньше чем теоретической. Таким образом, благодаря уникальной методике преподавания Николая Васильевича, выпустилось немало великих российских врачей, оставивших после себя большое количество ценных трудов.

ВЛИЯНИЕ СРЕДСТВ МАССОВОЙ ИНФОРМАЦИИ НА МОЛОДЕЖЬ

М.М. Стариков

Кафедра гуманитарных дисциплин

Медицинский университет «Реавиз»

Научный руководитель к.ф.н., доцент ***В.В. Жданова***

Целью данной работы является исследование влияния средств массовой информации на развитие и формирования взглядов современной молодежи на происходящее. Также указана возможная опасность бесконтрольного и антисоциального воздействия применения СМИ в информационной войне.

Актуальность данного вопроса высока в свете сложившихся последних событий. Сотни молодых людей, прошедшие профилактику «зомбирования» СМИ, с готовностью встают на путь разрушения, насилия и вражды. Независимо от расовой принадлежности, национальным предпочтениям или политическим взглядам, при помощи СМИ можно объединить колоссальные массы людей, а так же управлять ими в интересах одной правящей партии или религиозного фанатика с целью раскачать мировые устои или же просто расширить свою личную власть. Вместо созидания нового или ликвидации последствий уже совершенных ошибок лучшие и перспективные люди находят свою гибель в окопах и бомбежках, следуя за неясными идеями своих лидеров.

Наша задача: несмотря на попытки и навязывания образов и идеалов, не терять здравого смысла и оценивать информационный поток с точки зрения человека разумного, а не примитивного существа с низменной точкой потребления.

«Газета – великая сила, но подобно тому, как ничем не сдерживаемый поток заполняет берега и истребляет посевы, так и не подчиненное контролю перо журналиста служит только для разрушения. Если контроль приходит со стороны, он оказывается еще губительнее, чем отсутствие контроля. Контроль приносит пользу лишь тогда, когда он исходит изнутри». – писал М. Ганди.

Средства массовой информации (СМИ) – система органов публичной передачи информации с помощью технических средств – до сих пор более употребляемое в русском языке (по сравнению с терминами «средство массовой коммуникации» (СМК) и «массмедиа») обозначение средств повседневной практики сбора, обработки и распространения сообщений массовым аудиториям.

В настоящее время представить свою жизнь без них мы не можем. Мы постоянно следим за новостями по телевизору, читаем интересные статьи в прессе, общаемся с друзьями в интернете, так как большинство населения - это молодежь, и она является ярким потребителем СМИ, а СМИ в свое время имеет влияние на молодежную аудиторию. Также мы выяснили, что существует позитивное и негативное медиа-воздействие на молодых людей, и все чаще сейчас говорят о негативном воздействии средств массовой информации, которое выражается в их неадекватном поведении в обществе. Если ещё вчера СМИ считались четвёртой властью, то сегодня их с полной уверенностью можно назвать первой, так как их влияние на умы людей очень велико и недооценивать этого нельзя. И политики, и государство в целом прекрасно это понимают.

Проиграл информационную войну - значит, потерпел поражение. Многое из того, что мы узнаем в новостях, связано с политикой правительства и государственными чиновниками. Власти хотят убедить народ поддержать взя-

тый ими и их представителями политический курс, и поскольку СМИ черпают информацию из правительственных источников, они часто с ними сотрудничают. Кроме изложенного, СМИ формируют образ врага. Враг может быть мнимым и реально существующим. Важно то, что поиск врагов становится необходимым условием объединения, в результате «дружить против...» превращается в норму, подменяя нормальное стремление «вместе для...» Поиск виноватых заменяет все остальные вопросы и задачи, стремление найти и наказать, отомстить объединяет усилия многих людей. В результате огромное количество энергии тратится не конструктивно.

Вывод: СМИ являются не только благом цивилизации, но и опасным оружием в руках одержимых властью людей. Не стоит забывать об этом!

МЕДИЦИНСКАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ САМАРСКИХ ОБЩИН СЕСТЕР МИЛОСЕРДИЯ (СЕРЕДИНА XIX- НАЧАЛО XX ВЕКА)

У.А. Суворова

ГБПОУ «Самарский медицинский колледж им. Н. Ляпиной»

Научный руководитель преподаватель ***Л.А. Ламзина***

В современном обществе интерес к истории общин сестер милосердия возрастает. Положительный опыт московских и самарских общин в середине XIX - начале XX века востребован и учитывается в профессиональной подготовке, этико-деонтологическом воспитании и практической деятельности современных медицинских сестер.

В работе представлено изучение и описание вклада в отечественную медицину, здравоохранение самарских общин сестер милосердия в середине XIX – начале XX века.

Материалы и методы: 1) сравнительно-исторический; 2) аналитический

Медицинские сестры - это обязательные помощники врачей, ведь именно они на протяжение всего срока лечения непосредственно работают с пациентом.

В Самаре, начиная с XIX века, существовала одна из самых известных в России общин сестер милосердия. Попечительский совет в Самаре возглавила лично супруга городского главы Варвара Васильевна Алабина.

В общине первоначально насчитывалось 12 сестер милосердия, с обретением нового просторного дома их число увеличилось до 30, община же с позволения Её императорского величества Марии Фёдоровны получила право именоваться Самарская Ольгинская община имени Её императорского высочества великой княжны Ольги Николаевны.

Община располагала просторным зданием с двумя операционными, несколькими палатами на 30 кроватей, приёмной, амбулаторией и штатом из 8 врачей. Рядом построили храм, как и дом сестер, на пожертвования горожан. Несмотря на то, что первые сестры милосердия были набраны с боль-

шой поспешностью и многие из них не имели никакого образования, все они быстро обучились сестринскому делу и стали образцами профессионализма. Помимо ухода за больными в собственных лечебных учреждениях, сестры милосердия общин направлялись в местные военные госпитали, городские, земские и частные больницы, а также для ухода за больными на дому.

К 1912 году больница общины считалась лучшей в городе во многом благодаря деятельному характеру нового предводителя - Софье Брянчаниновой.

Ольгинская община занимала видное место в структуре российского общества Красного креста вплоть до начала революции.

Самарская община сестер милосердия принимала активное участие во всех военных компаниях Российской Империи в середине XIX – начале XX в. (Крымской, русско-японской и Первой мировой войн). Сотрудники общин оказывали организационную, лечебную и социально-психологическую помощь больным и раненным войнам, членам их семей, беженцам на фронтах и в тылу. Таким образом, самарская община сестер милосердия оказала влияние на развитие здравоохранения в Самарской области.

Секция 2.
ФУНДАМЕНТАЛЬНЫЕ МЕДИКО-БИОЛОГИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ - I

ВЛИЯНИЕ ФАКТОРОВ РАЗЛИЧНОЙ ЭТИОЛОГИИ НА МИКРОБИОЦЕНОЗ ПОЛОСТИ РТА

М.Д. Абдуллаев
Кафедра микробиологии, вирусологии, иммунологии
Оренбургский государственный медицинский университет, Россия, Оренбург
Научный руководитель асс. ***Т.О. Федорова***

В полости рта насчитывается более 160 видов микроорганизмов — это один из наиболее обсемененных отделов организма человека. На степень обсемененности влияет огромное количество факторов - уровень гигиены полости рта, вредные привычки, использование жевательных резинок, зуботехнические протезы и многое другое. Этим и обусловлена актуальность нашей работы.

Цель исследования заключается в изучении влияния факторов различной этиологии на микробиоценоз полости рта.

Для реализации цели были поставлены и решены следующие задачи:

• сформировать исследуемые группы и провести забор исследуемого материала со слизистой полости рта;

• осуществить выделение микрофлоры и определить степень микробной обсемененности у обследуемых, а также учесть результаты и сделать выводы.

Материалом для исследования послужили мазки со слизистой полости рта. Предварительно, с учетом отдельных характеристик, были сформированы следующие группы обследуемых.

Группа №1. Влияние уровня гигиены полости рта. В подгруппе А был осуществлен забор материала утром до чистки и сразу после чистки зубов; в подгруппе Б материал брали вечером до чистки и утром после чистки зубов.

Группа №2. Влияние вредных привычек (курения). Забор материала осуществляли со слизистой оболочки у курильщиков после выкуренной сигареты.

Группа №3. Влияние частого использования жевательной резинки. Исследуемый материал брали со слизистой у обследуемых после 15 минут жевания жевательной резинки с вкусовыми добавками.

Группа №4. Влияние установленных зуботехнических конструкций. В этой группе материал брали со слизистой оболочки у обследуемых с орто-

донтическими конструкциями в полости рта.

Группа №5. Контрольная группа. Исследуемый материал отбирался со слизистой оболочки у обследуемых без выраженных факторов, влияющих на микробиоценоз полости рта (гигиена полости рта два раза в день; отсутствие вредных привычек и зуботехнических конструкций).

После забора материала был осуществлен бактериологический метод лабораторной диагностики для выделения аэробной микрофлоры полости рта по общепринятым методикам, а также подсчет степени микробной обсемененности.

Результаты. Средний уровень микробной обсемененности обследуемых группы №1 подгруппы А утром до чистки зубов составил 108 КОЕ/тампон, а после чистки зубов - 107 КОЕ/тампон. В составе микробиоценоза были выявлены грамотрицательные палочки, а также грамположительные кокки. Средний уровень микробной обсемененности подгруппы Б вечером до чистки зубов - 108 КОЕ/тампон, а утром после чистки - 107 КОЕ/тампон. В этой подгруппе обнаружены грамположительные кокки, выявлены микроорганизмы, обладающие гемолитической активностью, а также грамположительные стрептобациллы.

В группе №2 уровень микробной обсемененности в среднем составил 109 КОЕ/тампон, а в группе №3 - 108 КОЕ/тампон. В составе микрофлоры обследуемых данных двух групп обнаружены грамотрицательные палочки, грамположительные кокки, а также грибы рода Candida.

В группе №4 средний уровень микробной обсемененности составил 109 КОЕ/тампон. Качественный состав микрофлоры был представлен грамотрицательными и грамположительными палочками, а также грамположительными кокками.

Контрольная группа характеризовалась средним уровнем микробной обсемененности 106 КОЕ/тампон. Микрофлора представлена грамотрицательными палочками и грамположительными кокками.

Выводы. Таким образом, в результате исследования было установлено, что изученные факторы напрямую влияют на степень микробной обсемененности. Хорошая гигиена полости рта в 100% случаев снижает показатель микробной обсемененности; вредные привычки, частое использование жевательных резинок с вкусовыми добавками, зуботехнические конструкции и плохая гигиена полости рта оказывает противоположный эффект, а, следовательно, негативно влияет на состояние ротовой полости, сказываясь на здоровье организма в целом.

ВЛИЯНИЕ РАЦИОНА ПИТАНИЯ НА СОДЕРЖАНИЕ КАЛЬЦИЯ В СЛЮНЕ

М.Д. Абдуллаев
Кафедра биологической химии
Оренбургский государственный медицинский университет
Научный руководитель к.м.н., доцент ***Е.В. Попова***

Кальций необходим для осуществления жизнедеятельности организма. 99% этого макроэлемента приходится на костные ткани, 1% локализуется в крови, лимфе, тканевой жидкости. Кроме того, кальций содержится в значительном количестве в слюне, обеспечивая нормальное функционирование всех процессов в полости рта. Однако его содержание в слюне меньше, чем в плазме крови. Вместе с тем, определение его количества в слюне представляет интерес в изучении многих физиологических и патологических состояний, что указывает на актуальность нашей работы.

Целью работы являлась оценка влияния характера и рациональности питания на содержание кальция в слюне.

Поставленные задачи:

- провести анкетирование студентов;
- сформировать группы по характеру питания;
- определить содержание кальция слюны в каждой группе;
- учесть результаты и сделать выводы.

Материалом для исследования послужили образцы слюны студентов 2 курса Оренбургского государственного медицинского университета. Предварительно, после проведенного анкетирования, были сформированы группы обследуемых: лица с рациональным режимом питания, употреблявшие (группа №1) и не употреблявшие (группа №2) продукты с высоким содержанием кальция и лица с нерациональным режимом питания; не употреблявшие продукты с высоким содержанием кальция (группа №3).

После забора материала в каждой исследуемой группе был осуществлен анализ по определению содержания кальция в биологическом материале с помощью набора химических реактивов Био La Che Ma Тест.

Метод основан на способности кальция образовывать с глиоксаль-бис (2-оксианилом) в щелочной среде комплекс красного цвета, который определяют фотометрически.

Для приготовления калибровочного раствора в мерную склянку вместимостью 50 мл отмерили пипеткой 5 мл эталона кальция и разбавили водой до отметки. При получении раствора глиоксаль-бис (2-оксианила) навеску глиоксаль-бис (2-оксианила) (0.30 г), растворили в целом объеме метанола (290 мл). Для приготовления раствора натрия гидроокиси в полиэтиленовом флаконе смешали 20 мл натрия гидроокиси с 30 мл дистиллированной воды.

Для приготовления пробы в кювету (1 см) отмерили 1 мл дистиллирован-

ной воды, 0.02 мл разбавленной слюны, 0.5 мл раствора едкого натра; эталона - 1 мл дистиллированной воды, 0.02 мл калибровочного раствора, 0.5 мл раствора едкого натра; контрольного раствора - 1 мл дистиллированной воды, 0.5 мл раствора едкого натра. Перемешали и после первой инкубации (10 минут) в каждую пробирку добавили по 2 мл раствора глиоксаль-бис (2-оксианила). Перемешали и спустя 10 минут (вторая инкубация) измерили оптическую плотность проб (А1) и эталона (А2) против контрольного раствора в спектрофотометре при длине волны 450 нм.

Для расчета содержания кальция использовали расчетную формулу:

Са (ммоль\л) = 2.5 * А1 / А2

Результаты. В результате исследования у обследуемых первой группы с трех-четырехразовым питанием, с рациональным качественным и количественным составом пищи, употреблявших за последние два часа продукты с высоким содержанием кальция (> 200 мг) средний уровень кальция в исследуемой слюне составил 2.96 ммоль/л. У исследуемых второй группы средний уровень кальция в слюне составил 2.14 ммоль/л. У представителей третьей группы с двух-трехразовым питанием, с нерациональным качественным и количественным составом пищи, не употреблявшим за последние два часа продукты с высоким содержанием кальция (<100 мг), - средний уровень кальция в слюне 1.57 ммоль/л.

Таким образом, характер питания влияет на содержание общего кальция слюны, при этом рациональный режим питания и употребление кальцийсодержащих продуктов повышает уровень кальция в слюне. Из этого следует, что при патологиях связанных с недостатком кальция, необходимо рационализировать режим питания и включить в рацион продукты, содержащие кальций.

ВЛИЯНИЕ ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКИ НА ОСНОВНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ВНЕШНЕГО ДЫХАНИЯ И ГЕМОДИНАМИКИ У СТУДЕНТОВ

А.А. Ануфриев, М.М. Стариков

Кафедра Медико-биологических дисциплин

Медицинский университет «Реавиз»

Научные руководители: к.б.н., доцент ***А.В. Колесников,***

ассистент ***М.С. Рубинская***

Адекватная физическая нагрузка является стимулятором основных гомеостатических реакций, позволяющих организму изменять функцию систем кровообращения и дыхания и адаптироваться к изменившимся условиям его деятельности.

Цель работы заключается в изучении основных показателей внешнего ды-

хания, кровообращения, ЭКГ у студентов под влиянием физической нагрузки и без нее.

Для определения данной цели было проведено исследования среди 40 студентов мужского пола медицинского университета «Реавиз», которые были разделены на 2 группы по 20 человек в каждой, сходные по физическим параметрам: возраст, вес, рост. Первая группа – студенты в состоянии физиологического покоя, вторая группа – студенты при активной физической нагрузке.

Основные показатели дыхания: дыхательный объем (ДО), частота дыхания (ЧД), жизненная емкость легких (ЖЕЛ), минутный объем дыхания (МОД), резервный объем вдоха (РОвд), резервный объем выдоха (РОвыд); кровообращение - артериальное давление; ЭКГ – частота сердечных сокращений. Продолжительность и вольтаж основных сегментов и комплексов определяли в лаборатории физиологии кафедры медико-биологических дисциплин с помощью электронного спирографа, автоматического тонометра, велоэргометра, по общепринятым методикам.

В ходе исследования установлено, что у первой группы испытуемых основные показатели дыхания и гемодинамики находились в пределах физиологической нормы и составили в среднем: ДО- 560 мл, ЧД – 17 дых. движ. в мин., ЖЕЛ- 4,1 л, МОД – 6,5 л/мин, РОвд – 1470 мл, РОвыд – 1220 мл, УО – 82 мл, ЧСС – 76 уд. в мин., интервал R-R – 40мм. тогда как у второй группы показатели характеризующие динамику дыхания и кровообращения при физической нагрузки были выше, относительно первой группы, разница составила в среднем в %: ДО- 43; ЧД – 15; МОД – 24; УО – 36, ЧСС – 35; а интервал R-R был ниже на 35%.

Таким образом, активная физическая нагрузка на организм человека изменяет динамические показатели внешнего дыхания, кровообращения и ЭКГ: МОД, ДО, ЧД, ЧСС, УО – увеличиваются, а интервал R-R укорачивается.

ПОВЕДЕНЧЕСКИЕ ЭФФЕКТЫ БЛОКАТОРА ГИСТАМИНОВЫХ РЕЦЕПТОРОВ ДИФЕНГИДРАМИНА В МОДЕЛЬНЫХ ЭКСПЕРИМЕНТАХ НА КРЫСАХ

О.В. Батянина

Самарский университет

Научный руководитель: к.б.н., доцент ***В.И. Беляков***

В настоящее время в физиологии продолжается исследование влияния гистаминергической системы на различные функции организма. В ЦНС нейроны, вырабатывающие гистамин, локализованы преимущественно в туберомаммилярном ядре заднего гипоталамуса (Кузнецова В.Б., 2003). Их

коллатерали достигают различных структур головного мозга (Ковальзон В.М., 2013). Реализация влияния гистамина происходит через определенные типы рецепторов. Центральные эффекты гистамина связаны, в основном, с активацией Н1-рецепторов, которые являются наиболее распространенными в мозге (Parsons M.E., 2006). Их отсутствие у мышей ассоциируется с агрессией, двигательными нарушениями и различными неврологическими симптомами.

В нашей работе поставлена цель по изучению особенностей поведения крыс в условиях функциональной недостаточности Н-рецепторов мозга.

Задачи исследования:

1. проанализировать особенности поведенческого статуса крыс в тесте «Открытое поле» при блокаде Н-рецепторов мозга;

2. оценить влияние блокады Н-рецепторов мозга на уровень тревожности крыс в тестах «Приподнятый крестообразный лабиринт» и «Чёрно-белая камера»;

3. проанализировать влияние блокады Н-рецепторов мозга на поведение крыс в условиях стресса.

Были сформированы две группы крыс. Крысам опытной группы ежедневно на протяжении 6 недель per os вводили раствор дифенгидрамина, проникающего через гематоэнцефалический барьер и эффективно блокирующего центральные Н1- и Н3-рецепторы. Крысы контрольной группы по аналогичной схеме получали физиологический раствор. Во второй части нашего эксперимента крысам был введен гормон гидрокортизон для изучения влияния блокады гистаминовых рецепторов на поведение в условиях стресса. Изучение особенностей поведенческих реакций проводилось при помощи тестов «Открытое поле», «Приподнятый крестообразный лабиринт», «Черно-белая камера». Полученные экспериментальные данные обрабатывали статистически с помощью пакетов анализа данных программы SigmaPlot.

Результаты исследования, полученные на протяжении эксперимента позволили выявить специфические особенности поведения животных, подвергавшихся блокаде Н-рецепторов мозга.

Крысы контрольной группы отчетливо демонстрировали дефицит горизонтальной двигательной активности (ГДА) в сравнении с опытными особями. Вертикальная двигательная активность (ВДА) животных на протяжении эксперимента снижалась, достоверных различий между группами обнаружено не было. Показатель исследовательской активности (ИА) животных опытной группы всегда превышал таковой в контрольной группе. Тревожность животных у контрольных особей на протяжении всего эксперимента всегда выше, чем в опытной группе животных.

После введения гидрокортизона наблюдался эффект повышения показателя ВДА на 21% и снижения показателей ГДА и ИА. В контрольной группе ИА возросла на 43%, а показатель ВДА уменьшился. Уровень тревожности возрос в обеих группах.

Таким образом, основным эффектом блокады центральных Н-рецепторов стало увеличение двигательной и исследовательской активности, которое сочеталось со снижением уровня тревожно-фобического состояния. При введении гидрокортизона отмечено повышение тревожности в обеих группах. При этом в опытной группе увеличился показатель вертикальной двигательной активности, но снизилась горизонтальная двигательная и исследовательская активность. В контрольной группе наблюдались противоположные эффекты.

Отмеченные выше особенности поведенческого паттерна крыс могут быть непосредственно связаны с уменьшением активности гистаминергической системы мозга. Используемый в настоящем исследовании дифенгидрамин является не только эффективным блокатором гистамина, но и обладает способностью угнетать нейропередачу посредством ацетилхолина и серотонина. Возможно, это обстоятельство также обеспечивает развитие моторного дефицита и нарушает сложившуюся у крыс структуру видоспецифического груминга.

РОЛЬ ЛИПИДОВ В ПАТОГЕНЕЗЕ АТЕРОСКЛЕРОЗА

А.М. Бегоян, Л.А. Будорина
Медицинский университет «Реавиз»
Научные руководители: к.м.н. ***Р.А. Тимирбулатов****,*
к.м.н., доцент ***О.А. Солдатова***

Роль липидов в патогенезе атеросклероза хорошо известна. Однако ведущее место отводится холестерину, который обнаруживается в местах атеросклеротических бляшек сосудов вперемешку с кальцием и погибшими фагоцитами.

Цель работы заключается в изучении роли липопротеидов в патогенезе атеросклероза.

В последнее время атеросклероз и связанные с ним болезни являются актуальной национальной проблемой. За последние 50 лет в худшую сторону изменился не только темп развития атеросклероза (от липидных пятен до окклюзирующей бляшки), но и повысилась смертность людей, страдающих атеросклерозом. Так, поражение жизненно важных органов стало нередким уже у молодых лиц, женщин и даже представителей активных профессий. И для того, чтобы помочь населению, необходимо подробно исследовать патогенез атеросклероза. Поэтому терапия, в основном, направлена на снижение холестерина в крови. Но нужно учитывать ряд следующих факторов.

1. Холестерин синтезируется только в печени и транспортируется только липопротеидами, поэтому появление высокого уровня холестерина связано с повышением липопротеидов в крови. Этот факт позволил обратить внимание на аполипопротеиды, то есть белковую часть. Но позже выяснилось, что аполипопротеиды очень консервативны и изменения наблюдаются только в 3-4% случаев.

2. Во многих исследованиях обращали внимание на нейтральные жиры, составную часть липопротеидов, но их роль оказалась несущественной.

Исходя из этого, можно сделать вывод, что холестерин в крови повышается за счет количества липопротеидов, синтезируемых в печени. В настоящее время продолжаются исследования роли печени в процессе атеросклероза.

Во всех вышеперечисленных процессах упускается один из важных элементов - фосфолипиды, составляющие мембраны клеток. Их метаболизм осуществляется во всех клетках и органоидах организма. Молекула состоит из хвоста и головы. При этом хвост может быть подвержен изменениям насыщенных и не насыщенных соединений, то голова может быть заряжена как «+» так и «-». Заряды могут меняться как в качественном, так и в количественном составе.

Проводилось исследование на специальной установке по оседанию ЛПНП на полиаминогликаны в среде с кальцием. Фильтровались, образование частиц по размерам в течение 10 минут, оптические характеристики обрабатывались на компьютере и выдавались в виде графика. Анализ графиков показал, что в сыворотке крови с нормальным содержанием липопротеидов появляются конгломераты высокой плотности и больших размеров. Но при атеросклерозе эти конгломераты мелкие и рыхлые. По-видимому, происходит образование соединений с кальцием полиаминогликана и липопротеидов при равном содержании холестерина во всех частицах за счет заряженных центров.

Это позволяет предположить, что фосфолипиды в липопротеидах являются ведущими компонентами перетаскивающими липопротеиды в стенку сосудов. Однако липопротеид не является нормальной составляющей стенки сосудов и быстро разрушается на белки и фосфолипиды, а холестерин остается в стенке сосуда, так как разрушаться может только в печени. Можно сделать вывод, что холестерин является остатком не распавшейся части липопротеидов, а не ведущим классом, запускающим механизм атеросклероза.

РЕСПИРАТОРНЫЕ ЭФФЕКТЫ ЛОКАЛЬНОГО ВВЕДЕНИЯ ОКСИТОЦИНА В КОМПЛЕКС ПРЕ-БЕТЦИНГЕРА КРЫС

А.Е. Бикмурзина, И.Г. Федотова

ФГАОУ ВО Самарский национальный исследовательский университет имени академика С.П. Королева

Научный руководитель: д.б.н., профессор ***О.А. Ведясова***

В настоящее время актуальным направлением физиологии является изучение нейрохимических механизмов формирования респираторного ритма и регуляции паттерна дыхания. Особый интерес вызывает модулирующее дей-

ствие нейропептидов, продемонстрированное в отношении различных популяций дыхательных нейронов [1]. Одним из таких нейромодуляторов является окситоцин (ОТ), респираторная активность которого, обусловленная наличием окситоцинергических проекций от ядер гипоталамуса в область комплекса пре-Бетцингера (КПБ), остается малоизученной [2].

Цель настоящего исследования заключалась в роли ОТ в центральных механизмах респираторного контроля, представленных в области КПБ у крыс.

Исследование проводилось на 12 самках крыс массой 200-280 г, наркотизированных уретаном (1,5 мг/кг). Был проведен анализ параметров паттерна внешнего дыхания и залповой активности диафрагмальной и межреберных мышц при микроинъекциях в КПБ крыс 10-6 М раствора ОТ (объем 0,2 мкл). Подход к дыхательному центру осуществляли через атланто-окципитальное отверстие. Раствор ОТ инъецировали в КПБ по стереотаксическим координатам через микроканюлю с диаметром кончика 20-25 мкм с помощью микрошприца.

Введение ОТ в КПБ вызывало ослабление легочной вентиляции, о чем можно судить по уменьшению минутного объема дыхания на 10,5% ($p<0,001$). Данный эффект формировался за счет уменьшения частоты дыхания и дыхательного объема. Урежение дыхания было обусловлено увеличением на спирограммах фазы выдоха (на 18%; $p<0,001$) с одновременным снижением длительности вдоха (на 15%; $p<0,001$), что может являться результатом угнетающего действия ОТ на инспираторные нейроны КПБ. В пользу этого свидетельствуют также изменения залповой активности диафрагмальной мышцы.

На электромиограммах диафрагмы отмечалось укорочение инспираторных разрядов и уменьшение амплитуды осцилляций в них на 14% и 25% ($p<0,001$) соответственно.

Несколько иная картина наблюдалась в изменениях активности наружных межреберных мышц, реакции которых при микроинъекциях 10-6 М раствора окситоцина в КПБ проявлялись увеличением длительности инспираторных залпов, что соответствовало приросту длительности выдоха и дыхательного цикла в целом. Амплитуда осцилляций наружных межреберных мышц уменьшалась на 13,5% ($p<0,01$) в интервале от 3-й до 50-й мин. после инъекции фармакологического агента в КПБ.

Полученные данные указывают на тормозное модулирующее влияние ОТ на нейронные структуры КПБ, участвующие в регуляции, как ритма, так и глубины дыхания. Допустимо считать, что ОТ на уровне КПБ, в первую очередь, включается в механизмы торможения инспираторных нейронов.

Литература

1. Paxinos G., Watson C, The rat brain in stereotaxic coordinates // Academic Press. 2014. Vol. 7.

2. Mack S.O., et. al. Stimulation of the hypothalamic paraventricular nucleus modulates cardiorespiratory responses via oxytocinergic innervation of neurons in pre-Botzinger complex // J. Appl Physiol. 2007. Vol. 102. P. 189-193.

ВЛИЯНИЕ МИКРОИНЪЕКЦИЙ АЛАПТИДА В ЯДРО СОЛИТАРНОГО ТРАКТА НА ПОКАЗАТЕЛИ ВНЕШНЕГО ДЫХАНИЯ

Л.Н. Большакова

Самарский национальный исследовательский университет имени Королева

Научный руководитель: д.б.н., профессор ***А.Н. Инюшкин***

Функциональная система дыхания является одной из важнейших систем жизнеобеспечения, поэтому работы по изучению регуляции дыхания у млекопитающих и человека не теряют своей актуальности. В настоящее время ведущая роль в механизмах регуляции дыхания отводится структурам продолговатого мозга.

Особого внимания заслуживает ядро солитарного тракта, повышенное внимание уделяется изучению роли отдельных рецепторных структур в механизмах передачи респираторных влияний в пределах данной бульбарной структуры.

В этом плане внимание привлекает пептид алаптид, являющийся синтетическим аналогом меланостатина. До настоящего момента остается малоизученным вопрос об особенностях респираторных реакций на действие пептида алаптида.

Целью работы стало изучение влияния микроинъекций алаптида 10-5 М в ядро солитарного тракта на показатели внешнего дыхания наркотизированных крыс.

Задачи: выясненить способность алаптида вызывать респираторные реакции при микроинъекциях в ядро солитарного тракта; изучить характер изменений параметров внешнего дыхания и динамику респираторных реакций при воздействии алаптида на область ядра солитарного тракта; сделать заключение о возможности участия эндогенного аналога алаптида меланостатина в центральных механизмах регуляции дыхания.

Эксперименты проведены на 6 нелинейных крысах обоего пола, наркотизированных уретаном внутрибрюшинно. Микроинъекции алаптида в ядро солитарного тракта осуществляли с помощью микрошприца через стеклянную канюлю. Инъецировали раствор алаптида в концентрации 10-5 М, объемом 0,25 мкл. В контрольных наблюдениях инъецировали такой же объем искусственной цереброспинальной жидкости.

Для регистрации паттерна дыхания крысы использовали спирографическую методику.

Микроинъекции исследуемого вещества оказали угнетающее действие на дыхательный объем. Статистически значимые изменения были зарегистрированы на 20 и 30 минутах после микроинъекций.

Динамика реакций минутного объема дыхания носила неоднозначный характер. На 1 минуте после введения алаптида в ядро солитарного тракта наблюдали резкое снижение данного показателя. Затем до 5 минуты наблюдалась динамика к увеличению данного параметра.

Частотно-временные характеристики паттерна дыхания при введении алаптида в ядро солитарного тракта также претерпевали изменения. Так, продолжительность фазы инспирации с 10 минуты после введения алаптида начала увеличиваться, статистически значимые изменения проявились на 30 минуте. Продолжительность фазы экспирации также изменялась под влиянием алаптида. Начиная с 20 минуты после микроинъекции алаптида величина продолжительности фазы выдоха несколько возросла, но статистически значимых изменений зарегистрировано не было.

Изменение параметров вдоха повлекло за собой изменение параметров всего дыхательного цикла и, как следствие, уменьшение частоты дыхания начиная с 10 минуты после введения алаптида. Статистически значимые изменения зарегистрированы на 20 и 30 минутах после микроинъекции. Продолжительность всего дыхательного цикла так же изменялась после введения алаптида. Начиная с 10 минуты после микроинъкции, наблюдалось увеличение данного показателя и на 20, 30 минутах приобрело статистически значимые значимые изменения.

Микроинъекции искусственной цереброспинальной жидкости в ту же точку ствола мозга в контрольных экспериментах не вызвали статистически значимых изменений исследуемых показателей паттерна дыхания.

Выводы

1. Алаптид при микроинъекциях в область ядра солитарного тракта способен вызывать респираторные реакции.

2. Алаптид оказывает угнетающее влияние на объемные показатели дыхания, что выражается преимущественно в уменьшении дыхательного объема. Так же алаптид оказывает угнетающее влияние на частоту дыхания, вследствие этого удлинняется инспираторная фаза цикла внешнего дыхания.

3. Результаты работы свидетельствуют в пользу гипотезы о непосредственном участии эндогенного аналога меланостатина алаптида в регуляции дыхания на уровне ядра солитарного тракта.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ДИНАМИЧЕСКОЙ ЭЛЕКТРОНЕЙРОСТИМУЛЯЦИИ В ТЕРАПИИ АУТИЗМА У ДЕТЕЙ

А.В. Боровикова

Кафедра медико-биологических дисциплин

Саратовский медицинский университет «Реавиз»

Научный руководитель: к.м.н., доцент ***О.И. Дралина***

Аутизм – нарушение психического развития, возникающее вследствие нарушения развития головного мозга и характеризующееся выраженным и всесторонним дефицитом социального взаимодействия и общения, ограниченными интересами и повторяющимися действиями.

Аутизм может быть результатом дезинтеграции процессов развития головного мозга еще до рождения ребенка. Аутизм влияет на развитие ребенка. Речь у таких детей развивается медленно, ребенок может использовать жесты вместо слов или придавать словам неверное значение. Им неинтересно заводить друзей. Предпочитая проводить время в одиночестве, они не играют с другими детьми. Часто они не отвечают на улыбки. При этом заболевании человек может повторять какие-либо действия или слова по несколько раз.

Классическая терапия аутизма включает в себя специальную диету, ограничивающую прием продуктов с высоким содержанием глютена и казеина, применение лекарств, трудотерапию, ЛФК, посещение врача психиатра, логопеда и специальных обучающих групп. В последние годы в комплексном лечении таких больных используется динамическая электронейстимуляция (ДЭНС-терапия).

ДЭНС-терапия является методом лечебного воздействия на рецепторный аппарат кожи короткими по длительности и нейроподобными по форме электрическими импульсами низкой частоты и низкой интенсивности.

Нами были проведены исследования применения ДЭНС-терапии в коррекции аутизма 10 пациентов, детей в возрасте от 5 до 9 лет на базе Медицинского центра «Саратов-ДЭНС».

Электронейростимуляция проводилась на зоны лба и висков, которые соответствуют формированию поведения и общения. Применялись низкие частоты 10, 20 Гц. Время воздействия зависело от возраста пациента. При электронейростимуляции речевых зон (середина носогубной складки, область красной каймы верхней губы, зона, расположенная под подбородком (проекция дна ротовой полости), язык и печень) применялись частоты 10, 20, 77 и модулируемая частота 77-10 Гц. Время воздействия от 1 до 10 минут. Дополнительно стимулировались точки общей регуляции на затылочной и височной области головы по методу «бритой головы», точки хэ-гу, цзу-сань-ли и антистрессовые зоны – шейно-воротниковая зона, между лопатками и стопы.

ДЭНС-терапия проводилась курсами. Годовой курс лечения делится на 2 этапа. На первом этапе пациент получает 3 курса электронейростимуляции:

первый состоит из 21 сеанса ежедневно, два следующих - по 7-10 сеансов ежемесячно. Второй этап состоит из 4-х курсов по 7-10 сеансов каждые 2 месяца, которые включают в себя сеанс электронейростимуляции и классическую терапию. Длительность курсов подбирается индивидуально.

В результате проведенных процедур электронейростимуляции у всех пациентов наблюдается положительная динамика: улучшение звукопроизношения слов, складывание их в предложения, появление интереса к общению с родственниками и ровесниками, формирование упорядоченного поведения. Отмечается улучшение общего самочувствия, понижение психомоторного возбуждения и повышение работоспособности.

Вывод: результаты исследования показывают, что динамическая электронейростимуляция в сочетании с классической терапией является эффективным способом коррекции аутизма.

БИОХИМИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ГАЗООБМЕНА В ОРГАНИЗМЕ ЧЕЛОВЕКА

Н.Е. Бугай, Г.В. Тарасова, А.А. Керимова, К.Н. Малярова, Е.П. Кулалаева, О.В. Корнева, А.В. Демидов, С.В. Демидов

Медицинский университет «Реавиз»

Научный руководитель д.б.н., профессор ***О.Н. Макурина***

Газообмен – обмен газов между организмом и внешней средой, т.е. дыхание. Из окружающей среды в организм непрерывно поступает кислород, который потребляется всеми клетками, органами и тканями. Из организма выделяются образующийся в нём углекислый газ и незначительное количество других газообразных продуктов метаболизма.

Результаты исследования. Кислород, поступающий в ткани, используется для окисления продуктов, образующихся в итоге цепи химических превращений углеводов, липидов и белков. При этом образуются углекислый газ, вода, азотистые соединения и освобождается энергия, используемая для поддержания температуры тела и выполнения работы. Отношение удаляемого из организма углекислого газа к поглощённому за то же время кислороду называется дыхательным коэффициентом. Количество энергии, освобождающееся на 1 л потребленного О2, равно 20,9 кДж (5 ккал) при окислении углеводов и 19,7 кДж (4,7 ккал) при окислении жиров.

В лёгких кислород из альвеолярного воздуха переходит в кровь, а углекислый газ из крови поступает в лёгкие. Перемещение газов происходит по законам диффузии (газ распространяется из среды с высоким парциальным давлением в среду с меньшим парциальным давлением). Газообмен в организме человека происходит в лёгких. Альвеолы лёгких густо оплетены сетью капилляров. Поскольку стенки капилляров и альвеол очень тонкие, то про-

никновение газов из лёгких в кровь и наоборот происходит очень быстро.

В крови кислород соединяется с гемоглобином (образуется оксигемоглобин), находящимся в эритроцитах. В одном эритроците содержится около 340000000 молекул гемоглобина. Каждая молекула гемоглобина состоит из 103 атомов кислорода, углерода, водорода, азота, серы и 4 атомов железа. 1 г гемоглобина способен связать 1,34 см3 кислорода. Чем выше парциальное давление кислорода, тем больше образуется оксигемоглобина. В альвеолярном воздухе парциальное давление кислорода 100-110 мм рт. ст. При этих условиях 97 % гемоглобина крови связывается с кислородом. В виде оксигемоглобина кислород от легких кровью переносится к тканям. Здесь парциальное давление кислорода низкое и оксигемоглобин диссоциирует, высвобождая кислород. Так обеспечивается снабжение тканей кислородом.

Таким образом, дыхание – это совокупность процессов, обеспечивающих поступление в организм кислорода и выделения углекислого газа. Основная функция дыхания – поддержание газового гомеостаза внутренней среды организма в соответствии с уровнем его метаболизма. Основным потребителем кислорода являются окислительные процессы в клетках.

ВЛИЯНИЕ ЛОКАЛЬНЫХ МИКРОИНЪЕКЦИЙ ПИРАЦЕТАМА В ВЕНТРАЛЬНЫЕ ОТЕЛЫ ДЫХАТЕЛЬНОГО ЦЕНТРА НА ПАРАМЕТРЫ ВНЕШНЕГО ДЫХАНИЯ

А.И. Будаев

Физиологии человека и животных

ФГАОУ ВО «Самарский национальный исследовательский университет им. академика С.П. Королева».

Научный руководитель: д.б.н., профессор ***О.А. Ведясова***

Одним из способов коррекции метаболических нарушений в головном мозге является применение ноотропных препаратов. К настоящему времени продемонстрирована эффективность использования ноотропов для восстановления деятельности отделов ЦНС, обеспечивающих когнитивные процессы. Что касается центров вегетативных функций (например, дыхательного центра), которые также страдают при поражениях мозга, то вопрос о фармакологической коррекции их активности требует дальнейшего изучения. В этом плане определенный интерес вызывает пирацетам, который является фармакологическим препаратом, оказывающим свое влияние на мозг двумя путями, в том числе непосредственно включаясь в метаболические процессы, а также действуя через нейромедиаторные механизмы.

Цель исследования заключалась в анализе влияния пирацетама на паттерн внешнего дыхания в условиях его локального введения в ростральный (рВРГ) и каудальный (кВРГ) отделы вентральной респираторной группы у крыс.

Были поставлены острые эксперименты на беспородных крысах массой 150-250 г, наркотизированных уретаном. Раствор пирацетама (200 мг/мл) в объеме 0,3 мкл при помощи микроканюли, закрепленной на игле микрошприца МШ-1, вводили каждому животному сначала в рВРГ, а затем с интервалом в один час в кВРГ. Анализ изменений дыхания оценивали по спирограмме, которую непрерывно регистрировали до воздействия препарата на дыхательный центр и течение 60 мин. после каждой микроинъекции.

Основным респираторным эффектом введения пирацетама в рВРГ было усиление легочной вентиляции, о чем можно судить по увеличению минутного объема дыхания в среднем на 9,4% ($p<0,05$). Этот эффект обеспечивался, в первую очередь, приростом дыхательного объема на 13,7% ($p<0,05$), начиная с 1-й мин. экспозиции. Что касается частоты дыхания, то она в этих условиях практически не менялась в связи с противоположными по направленности отклонениями длительности фаз дыхательного цикла. Характерно, что временные параметры паттерна внешнего дыхания начинали значимо меняться в отставленные сроки экспозиции. В частности, продолжительность вдоха на 40-й мин после введения пирацетама в рВРГ удлинялась на 16,3% ($p<0,05$), тогда как длительность выдоха в это время снижалась на 10,7% ($p<0,05$).

При микроинъекциях пирацетама в кВРГ также проявился интегральный стимулирующий эффект в виде прироста легочной вентиляции, однако выраженность данной реакции оказалась более заметной, чем в случае рВРГ. Так, увеличение минутного объема дыхания уже на 1-й мин. после инъекции достигало 15,9% ($p<0,01$) от исходного уровня. Это происходило за счет увеличения дыхательного объема на 15,3% ($p<0,05$). Также более выражено менялась фазовая структура дыхательного цикла. В частности, продолжительность вдоха, начиная с момента инъекции, возрастала на 20,4% ($p<0,05$), а длительность выдоха укорачивалась на 19,5% ($p<0,01$). Частота дыхания в эти сроки наблюдений не менялась. К середине экспозиции длительность вдоха возвращалась к исходной величине, тогда как выдох оставался ниже первоначального значения на 12,2% ($p<0,01$), что обусловливало отставленный во времени эффект увеличения частоты дыхания на 7,3%($p<0,05$).

Таким образом, можно сделать заключение о том, что использование пирацетама в лечебных целях может вовлекаться в центральные механизмы регуляции деятельности дыхательного центра и оказывать стимулирующее влияние на вентиляцию легких.

КЛИНИКО-СТАТИСТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ОШИБОК ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ МЕХАНИЧЕСКОЙ ОБРАБОТКИ КОРНЕВЫХ КАНАЛОВ В РАЗЛИЧНЫХ ГОРОДАХ РОССИИ

М.А. Вакарчук
Кафедра стоматологии
Московский медицинский университет «Реавиз»
Научный руководитель: к.м.н. ***А.В. Ярцева***

Введение

Эндодонтия является бурно развивающейся областью стоматологии: совершенствуются материалы, разрабатываются новые методы лечения. В России успех первичного эндодонтического лечения составляет всего 29%, а повторного лечения еще ниже.

Цель исследования

Оценить мануальные навыки врачей в различных городах России при обработке корневых каналов ручными и машинными инструментами.

Материалы и методы

Для определения методик работы в корневых каналах и оснащенности рабочего места, было проанкетировано 6448 врачей-стоматологов в 2942 стоматологических клиниках, 14% из которых государственные, 86%- частные. Для оценки мануальных навыков были приглашены 600 врачей стоматологов-терапевтов, им были предоставлены акриловые эндо-блоки, для обработки с использованием ручных или машинных техник и пломбирования с использованием методик латеральной или вертикальной компакции гуттаперчи.

Результаты исследования

Во всех городах России 90% врачей используют в своей работе ручные инструменты, при этом 60% врачей имеют эндо-моторы на рабочем месте, но только половина пользуется ими постоянно. 80% врачей работает латеральной компакцией или другими методиками работы с гуттаперчей, 20% продолжают работать только пастами. При проведении тестирования мануальных навыков получены следующие результаты: 39% врачей провели правильную обработку и обтурацию корневых каналов, 15% обработали корневой канал с ошибкой, что не позволило провести его пломбирование, 8% правильно провели механическую обработку, но не добились герметичной обтурации, 23% обработали корневой канал без ошибок, но запломбировали с выведением за апикальное отверстие, у 16% произошла фрагментация эндодонтического инструмента в канале.

Выводы

Результаты лечения у врачей зависят от применяемой методики работы. Худшие результаты показали врачи, использовавшие только ручные инструменты, врачи, работающие машинными инструментами в реципрокальной технике получили наилучшие результаты по форме корневых каналов. На основании полученных данных сделан вывод о необходимости внедрения

новых технологий и проведения обучения для врачей-терапевтов по работе с роторными инструментами.

НЕПЕРЕНОСИМОСТЬ МОЛОЧНОГО САХАРА

С.С. Веретенников
Кафедра естественно-научных дисциплин
Саратовский медицинский университет «Реавиз»
Научный руководитель: к.т.н., доцент ***С.В. Синькеев***

Молоко и его производные, как известно, способствуют образованию слизи, из-за чего они противопоказаны лицам, имеющим проблемы аллергического характера.

Кроме того, молочные продукты сами по себе содержат вещества, которые могут вызвать аллергическую реакцию или пищевую непереносимость. Одно из них казеин, другое – лактоза. Молоко содержит сахар, называемый лактозой, который часто вызывает недомогание, известное как «непереносимость лактозы». Дело не в том, что этот сахар вреден для организма, а в том, что для пищеварительной системы необходим фермент – лактаза, который расщепляет этот сахар, превращая его в галактозу и глюкозу. Проблема заключается в том, что выработка фермента слизистой оболочкой кишечника в течение первых лет жизни человека постепенно прекращается, и даже известны случаи, когда дети рождаются с дефицитом этого фермента. Некоторые заболевания тоже нарушают молекулы кишечной лактазы и их функцию (например, инфекционные поражения желудочно-кишечного такта, поражения, связанные с непереносимостью клейковины, чрезмерным употреблением антибиотиков и т. д.).

Это одна из причин, по которой молоко плохо усваивается организмом и может вызвать пищевую непереносимость. Указанное явление почти не распространяется на йогурты, поскольку они содержат очень малое количество лактозы. Кроме того, бактерии, преобразующие молоко в йогурт, обладают необходимыми ферментами, расщепляющими лактозу, то есть процесс переваривания начинается уже в самом йогурте, поэтому кишечник лучше его усваивает. Вязкая консистенция тоже способствует его перевариванию, поскольку замедляется опорожнение желудка, благодаря чему малое количество кишечной лактазы и бактерии самого йогурта успевают расщепить лактозу. Вредными последствиями непереносимости лактозы является то, что она, не перевариваясь, накапливается в толстом кишечнике и сбраживается. В результате этого образуется молочная кислота, жирные кислоты быстрого распада, водород и метан. Их присутствие в организме вызывает диарею, вздутие кишечника, боли в животе, потерю веса, истощение организма, аллергию.

Медицина располагает тремя методами диагностики, позволяющими вы-

явить непереносимость лактозы. Тест на непереносимость заключается в том, что пациенту дают выпить молока, а затем через полчаса и через два часа у него берут пробы крови и определяют, увеличилось ли количество глюкозы в крови в результате переваривания лактозы. Второй метод – это тест на водород, количество которого измеряется при выдыхании после употребления пациентом продукта, содержащего лактозу. Третий диагностический метод – это тест на кислотность кала.

После исключения из рациона лактозы, следует постепенно вводить в питание волокна и стараться избегать жиров, так как они плохо перевариваются. Желательно также пить больше жидкости, а есть понемногу, но чаще, чтобы облегчить переваривание пищи. Облегчить симптомы непереносимости можно с помощью лечения. Прежде всего, стоит воспользоваться фитотерапией, которая предлагает травяные настои, снимающие воспаления. Чтобы установить пищевой баланс, весьма полезными окажутся натуральные добавки и микроэлементы. Как и при других заболеваниях, для восстановления утраченного равновесия организма можно прибегнуть к иглотерапии, рефлексологии и другим методам лечения.

ДИНАМИКА ОЖИДАЕМОЙ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТИ ЖИЗНИ В РОССИИ

Н.Е. Галямина

Медицинский университет «Реавиз»

Научный руководитель: ***Д.Г. Чернышов***

Статистический показатель ожидаемая продолжительность жизни при рождении означает, сколько в среднем проживет группа людей, родившихся в данном году, если смертность останется неизменной.

Продолжительность жизни зависит от нескольких факторов: образа жизни (один из наиболее важных факторов), уровня дохода, воспитания и образования, наследственности, уровня загрязнения окружающей среды, качества питания, развития системы здравоохранения, уровня преступности.

Актуальность

В Российской Федерации в 2015 г., по данным Росстата, ожидаемая средняя продолжительность жизни составила 70,9 года (у мужчин – 65,13, у женщин – 76,3). Среди регионов Российской Федерации самая высокая продолжительность жизни на юге – 78,8 в Ингушетии. В средней полосе этот показатель ниже – от 72,2 в Белгородской области, до 67,7 в Новгородской области. Но, в некоторых северных регионах этот показатель значительно выше: в Якутии – 69,1, в Коми – 69,3, в Мурманской области – 70,5, в Красноярском крае – 69,2, в Норильске, расположенном на 300 км выше полярного круга – 70.

Цели и задачи: определить влияние факторов на ожидаемую продолжи-

тельность жизни в Российской Федерации.

С одной стороны, суровый северный климат, разреженный воздух, недостаток солнечного света и витаминов не могут благоприятно сказываться на здоровье. Однако, по данным ВОЗ, здоровье человека зависит от окружающей среды и экологии на 20%, от образа жизни – на 50-52%.

В северных городах построены спортивные комплексы, которые всегда многолюдны. Характер труда у нефтяника, шахтёра или металлурга не связан с гиподинамией. Современные производства стремятся соответствовать современным экологическим стандартам. Многие «северяне» изменили свой пищевой рацион – стали, как коренные народы, включать в рацион больше жирной пищи и местные ягоды (морошку, клюкву, бруснику), которые, являются экологически чистыми и полезными.

Выводы: ожидаемая продолжительность жизни – ключевой показатель в формировании политики социального обеспечения страны. На наш взгляд, наиболее существенное влияние на продолжительность жизни оказывают следующие факторы: образ жизни, рациональное питание, регион проживания, экология.

АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ МЕТОДОМ ДИНАМИЧЕСКОЙ ЭЛЕКТРОНЕЙРОСТИМУЛЯЦИИ

А.В. Гормакова

Кафедра медико-биологических дисциплин

Саратовский медицинский университет «Реавиз»

Научный руководитель: к.м.н., доцент ***О.И. Дралина***

Бронхиальная астма – заболевание, в основе которого лежит хроническое воспаление дыхательных путей, сопровождающееся изменением чувствительности и реактивности бронхов и проявляющееся приступами удушья, астматическим статусом, или, при отсутствии таковых, симптомами дыхательного дискомфорта (приступообразным кашлем, хрипами и отдышкой).

Бронхиальная астма широко распространенное заболевание, которым страдает около 200 миллионов жителей планеты. Распространенность этой патологией колеблется от 4 до 8% с тенденцией к росту в последние годы. Бронхиальная астма ежегодно является причиной 180 тысяч смертельных исходов.

Известные методы лечения бронхиальной астмы, включающие фармакотерапию, ингаляции, не предотвращают неуклонного роста заболевания, учащения приступов и, к сожалению, способствуют увеличению дозы лекарственных препаратов.

В настоящее время для купирования приступов и лечения бронхиальной

астмы успешно применяется динамическая электронейростимуляция.

Динамическая электронейростимуляция (ДЭНС-терапия) – это метод немедикаментозного лечения, основанный на воздействии на рефлексогенные зоны и акупунктурные точки импульсами низкочастотного электрического тока.

Применение ДЭНС-терапии в лечении астмы направлено на подавление приступов удушья, аллергической реакции, восстановление проходимости бронхов путём ликвидации спазма и отёка слизистой, разжижения и улучшения отхождения мокроты из бронхиального дерева, а также на нормализацию гормонального и иммунного статуса.

Целью исследования явилось изучение анализа эффективности лечения бронхиальной астмы методом динамической электронейростимуляции.

Для решения поставленной цели проводилось наблюдение 9 пациентов с данной патологией на базе медицинского центра «Саратов-ДЭНС».

Сеансы выполнялись по индивидуальной схеме с учетом жалоб пациентов. На фоне динамической электронейростимуляции у пациентов в комплексе лечебных мероприятий сохранялась базовая медикаментозная терапия. Стойкий положительный результат достигался при курсовом воздействии. Количество и кратность курсов определялись индивидуально и зависели от тяжести заболевания и стабилизации состояния.

На сеансе обрабатывали по 3-4 зоны: зону прямой проекции лёгких сзади, зону проекции верхних дыхательных путей спереди лабильным способом; зону ярёмной ямки, подчелюстную зону в режиме «Терапия», 77 Гц, на минимальном уровне мощности. Время воздействия определялось индивидуально, в зависимости от жалоб и тяжести заболевания. Дополнительно на сеансе обрабатывались универсальные зоны в режимах «Тест» и «МЭД» при комфортном уровне мощности (УМ-2); зоны кишечника, печени, 7 шейный позвонок – режим «Терапия» на частоте 60 или 77 Гц, при УМ-2; проекционные зоны лёгких, бронхов, толстого кишечника по системе Су-Джок по 3-5 минут. Общее воздействие на сеансе в среднем составляло 30-40 минут. Зоны чередовались с интервалом в 2-3 дня. Лечение проводили курсом в 10-21 день в зависимости от тяжести по 1-2 сеансу в день. Повторные курсы проводились по потребности с перерывом от 3 недель до 2 месяцев.

Для объективного анализа результатов у всех пациентов применяли ряд мониторинговых исследований по жалобам до, во время и после курса лечения ДЭНС.

Таким образом, при применении динамической электронейростимуляции отмечается положительный терапевтический эффект, проявляющийся полным купированием приступов удушья, повышением иммунитета и устойчивости к заболеваниям. Регулярное применение ДЭНС-терапии у многих больных с бронхиальной астмой позволяет уменьшить дозу медикаментозных препаратов, достигнуть длительной ремиссии заболевания.

ОСОБЕННОСТИ КУЛЬТИВИРОВАНИЯ SPIRULINA PLATENSIS ДЛЯ ПОЛУЧЕНИЯ СБАЛАНСИРОВАННОГО ПРОДУКТА ПИТАНИЯ

А.О. Гугало

Кафедра естественнонаучных дисциплин

Московский медицинский университет «Реавиз»

Научные руководители: к.х.н. ***К.Э. Герман****, к.х.н.* ***А.В. Сафонов***

Введение

Сбалансированное питание является одной из существенных предпосылок сохранения здоровья организма. На данный момент все большее количество людей старается прибегнуть к качественным и природным пищевым добавкам, под словом «природные» предполагается «без химических добавок», для поддержания или укрепления микрофлоры организма. Исходя из этих пожеланий, встала задача выявления такого продукта питания, который мог бы удовлетворить заданным критериям. Такой продукт был найден. Им является цианобактерия Spirulina platensis.

Цель

Целью исследования в данной работе является изучение происхождения, внешнего и внутреннего строения, способов культивирования спирулины.

Материалы и методы

Определяли содержание минеральных компонентов и витаминов в цианобактерии Spirulina platensis.

Результаты

Установлено, что цианобактерия содержит практически весь необходимый человеку набор минеральных веществ в легко усваиваемой форме. Содержание фосфора, кальция и магния в спирулине существенно выше (примерно в 2-3 раза). В биомассе спирулины обнаружены (в мкг /г сухой массы): кальций – 1180, фосфор – 828, железо – 526, натрий – 344, хлор – 4200, магний – 1663, цинк – 53, калий – 14553, медь – 5, селен – 2.

Выводы. В одном грамме сухой биомассы спирулины содержится тиамина (витамин B_1) – 52 мкг, рибофлавина (витамин B_2) – 5,45 мкг, пиридоксина (витамин B_6) – 3 мг, цианкобаламина (витамин B_{12}) – до 1-2 мкг. Витамины этой группы являются кофакторами многих ферментов, регулирующих важнейшие стороны клеточного метаболизма. Роль кофакторов состоит в создании пространственной структуры активного центра фермента, соответствующей структуре субстрата.

ИЗМЕНЕНИЕ УРОВНЯ ТЕСТОСТЕРОНА В КРОВИ ПОДРОСТКОВ С ОЖИРЕНИЕМ, ОСЛОЖНЕННЫМ ИНСУЛИНО-РЕЗИСТЕНТНОСТЬЮ

К.С. Гюльназарян, Я.В. Смирнова, И.К. Петрова
Кафедра медико-биологических дисциплин
Московский медицинский университет «Реавиз»
Научный руководитель: д.м.н., профессор ***В.В. Давыдов***

Введение

В настоящее время регистрируется повышение заболеваемости ожирением среди подростков. В последствие это формирует негативную тенденцию к росту сердечнососудистых и эндокринных заболеваний среди взрослого населения. Следует заметить, что ожирение у подростков часто сопровождается возникновением инсулинорезистентности, которая способствует развитию у них таких осложнений, как сахарный диабет II типа и атеросклероз, задержка полового созревания и др. Причиной того может быть эффект инсулинорезистентности на состояние систем антиоксидантной защиты организма. Однако, несмотря на это, до настоящего времени все еще не существует ясных представлений о значении инсулинорезистентности в модуляции оксидативного стресса и защите от него тканей внутренних органов при ожирении. Выяснение этих вопросов позволит расширить существующие представления о механизмах развития ожирения и метаболического синдрома в подростковом возрасте и на их основании разработать новые эффективные подходы к их лечению и профилактике.

Определенную роль в регуляции систем антиоксидантной защиты в организме играют половые гормоны. Учитывая это, целью данного исследования явилось изучение концентрации тестостерона в сыворотке крови подростков разного возраста с нейроэндокринным ожирением, осложненным инсулинорезистентностью и без него.

Материалы и методы

Исследование выполнены на 80 подростках двух возрастных групп – 13-15 лет и 16-18 лет. Каждая возрастная группа обследуемых подразделялась на 3 подгруппы: 1 – здоровые, 2 – с нейроэндокринным ожирением без инсулинорезистентности и 3 – с нейроэндокринным ожирением, осложненным инсулинорезистентностью. В сыворотке крови обследуемых определялась концентрация тестостерона при помощи иммуноферментного метода.

Результаты

Исследования показали, что содержание тестостерона у здоровых подростков 16-18 лет на 45% выше, чем у 13-15 летних, что соответствует существующим данным литературы. У подростков обеих возрастных групп с неосложненным нейроэндокринным ожирением содержание тестостерона в крови находится на уровне здоровых обследуемых соответствующих воз-

растных групп. В тоже время, у подростков 16-18 летнего возраста с ожирением, осложненным инсулинорезистентностью, содержание тестостерона на 18% и 16% ниже соответственно, чем у здоровых обследуемых и больных с неосложненным ожирением данной возрастной группы. Возникновение подобного сдвига нехарактерно, для подростков 13-15 лет.

Полученные данные свидетельствуют о том, что у подростков позднего пубертатного возраста с нейроэндокринным ожирением, осложненным инсулинорезистентностью, имеет место ограничение секреции тестостерона. Это может предопределять у них понижение эффективности функционирования систем антиоксидантной защиты в организме и предопределять нарушение процесса полового созревания. Причины возникновения подобного феномена требуют специального изучения.

Выводы

1. У подростков 16-18 летнего возраста с нейроэндокринным ожирением, осложненным инсулинорезистентностью, уменьшено содержание тестостерона в крови, по сравнению с его уровнем в крови здоровых сверстников.
2. У подростков с нейроэндокринным ожирением без инсулинорезистентности содержание тестостерона в крови находится на уровне, характерном для здоровых сверстников.

БЕЗОПАСНОСТЬ ПИЩЕВЫХ ПРОДУКТОВ В XXI ВЕКЕ

А.Р. Джураев

Кафедра естественнонаучных дисциплин

Медицинский университет «Реавиз»

Научный руководитель: к.б.н., доцент ***Е.В. Антипов***

Актуальность темы исследования

Доступ к достаточному количеству безопасных и питательных продуктов питания является важнейшим фактором для поддержания жизни и укрепления здоровья.

Небезопасные пищевые продукты связаны со смертью приблизительно 2 миллионов человек ежегодно, главным образом детей. Патогенные бактерии, вирусы, паразиты или химические вещества, содержащиеся в пище, являются причиной более 200 заболеваний, от диареи до онкологических заболеваний.

По оценкам, от болезней пищевого и водного происхождения, сопровождающихся диареей, ежегодно умирает 2 миллиона человек, многие из которых дети. Вопросы безопасности пищевых продуктов, питания и продовольственной безопасности неразрывно связаны. Небезопасные продукты питания порождают порочный круг болезней и недостаточности питания, что особенно затрагивает детей грудного и раннего возраста, лиц пожилого возраста и боль-

ных. Заболевания пищевого происхождения являются препятствием для экономического развития, поскольку они создают нагрузку на системы здравоохранения и наносят урон национальной экономике, туризму и торговле.

Цель исследования

На основе анализа информационных данных ВОЗ сравнить показатели глобального бремени болезней пищевого происхождения в различных регионах мира.

Результаты исследования и их обсуждение

Безопасность пищевых продуктов стала темой Всемирного дня здоровья 2015 года. По данным ВОЗ каждый год 600 миллионов человек, или почти каждый десятый человек в мире, заболевают после употребления контаминированной пищи. 420 000 из них умирают, в том числе 125 000 детей младше пяти лет. Болезни пищевого происхождения вызывают 31 болезнетворный агент – бактерии, вирусы, паразиты, токсины и химические вещества, Африканский регион ВОЗ и Регион ВОЗ для стран Юго-Восточной Азии имеют самое высокое бремя болезней пищевого происхождения.

СТРУКТУРА МОДЕЛЬНЫХ ПРЕПАРАТОВ СУЛЬФИДА РЕНИЯ-188 ДЛЯ РАДИОТЕРАПИИ ОНКОЗАБОЛЕВАНИЙ ПЕЧЕНИ

Е.В. Жукова, Е.Д. Иванчин, С.С. Смирнов, Н.С. Легкодимова

Кафедра естественно-научных дисциплин

Московский медицинский университет «РЕАВИЗ»

Институт физической химии и электрохимии им. А.Н. Фрумкина РАН

Федеральный медицинский биофизический центр им.А.И.Бурназяна

Научные руководители: зав. кафедрой к.х.н. ***К.Э.Герман***

доц к.х.н. ***А.В.Афанасьев,*** *мл.научн.сотр. к.х.н.* ***А.Я.Марук,***

*преп.****О.С.Крыжовец,*** *асп.****В.Е.Трегубова***

Введение. Изучение взаимодействия рения с S2- непосредственно связано с перспективами его использования в качестве радиотерапевтического препарата для лечения онкологических заболеваний печени.

Цель. Оценить перспективность полисульфида рения для его иммобилизации и транспорта в организме пациента.

Материалы и методы. В настоящей работе приведены данные о строении полисульфида. Взаимодействие рения с сульфидами в водных растворах изучено методами спектрофотометрии, кинетического анализа, EXAFS, XANES и ультрамикро-центрифугирования.

Результаты. Показано, что, степень окисления рения в полисульфиде составляет +4, а избыточная сера связана в дисульфидную группу. Определены кинетические параметры реакции рения(VII) с сульфидом и влияние на эту реакцию pH раствора и концентрации сульфид-ионов.Рентгеновская спектроскопия поглощения (XAS) показывает, что фазы $Re2S7^{\circ}$ и $ReS4^{\circ}$ тесно

связаны структурно. Данные XAS были откалиброваны с исследованиями на [ReS4°]- и кристаллической ReS2. Для обоих ReS4° и Re2S7° . XAS данные показывают наличие как S2- так и S22-, причем последние количественно доминируют. EXAFS исследования при переменной температуре показали, что ReS4° и Re2S7° преобразуются в ReS2° , как и ожидалось из результатов экспериментов ТГА.

Выводы. Эти соображения, взятые вместе с литературными данными, позволили установить строение Re2S7° как REV(S)1,5(S2)1, и, соответственно, ReS4 как REV(S)1(S2)1.5. Эти материалы являются членами континуума структур Re(S)1.5-1(S2)1-1,5, которые отличаются с точки зрения соотношения S22-/S2-. Цепочечная структура учитывает это и находится в соответствии с обратимой электрохимией и возможностью регенерации ReS4-.

ПРОБЛЕМЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ ПРИМЕНЕНИЯ ИОН-СЕЛЕКТИВНЫХ ЭЛЕКТРОДОВ В МЕДИЦИНЕ

Г.Д.Захаров, Е.В.Жукова, М.Н.Глазкова, В.А.Ильин
Кафедра естественно-научных дисциплин
Московский медицинский университет «Реавиз»
Институт физической химии и электрохимии им. А.Н. Фрумкина РАН
Институт общей и неорганической химии им. Н. С. Курнакова
Научные руководители: зав. кафедрой к.х.н. ***К.Э.Герман****,*
доц к.х.н. ***А.В.Афанасьев****, доц. к.п.н.* ***Е.В. Белова****, ст.научн.сотр к.х.н.*
А.В. Копытин*, ст.научн.сотр. к.х.н.* ***А.В.Сафонов****, преп.****О.С.Крыжовец***

Введение. При определении электролитного состава биологических жидкостей перспективным экспрессным аналитическим методом является ион-селективная ионометрия. Она позволяет определять ионы, диапазон концентраций которых составляет от 0.1 до 10-5моль/литр.

Цель. Цель данной работы – изучение электродов, а также мембранных сенсоров, селективных по отношению к различным металлам и неметаллам современными физико-химическими методами для оценки особенностей их содержания в биомассе для приготовления биопрепарата.

Материалы и методы. В данной работе используется ряд физико-химических методов (ионометрия, ЯМР, ЭПР-спектроскопия, электронная просвечивающая и сканирующая микроскопия).

Выводы. Эти методы позволяют получать нетривиальную информацию об атомном строении частично упорядоченных твердотельных систем. Методами EXAFS-спектроскопии выполнен большой объем важных в прикладном отношении исследований атомного строения ультрамелкодисперсных частиц размерами порядка нескольких нанометров, изучать которые традиционными методами крайне сложно.

ПСИХОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ОРГАНИЗАЦИИ ДВИЖЕНИЯ ПРАВОЙ И ЛЕВОЙ РУКОЙ

А.И. Иванов

Кафедра нормальной физиологии

Пермский государственный медицинский университет имени академика Е.А.Вагнера

Научный руководитель: д.м.н., профессор ***М.Д. Берг***

Актуальность работы: определить психофизиологические особенности организации движения правой и левой рукой.

Цель исследования: Установить наличие разницы психофизиологических взаимосвязей времени условного двигательного рефлекса для правой и левой руки, с учетом доминирующего полушария, активности механизмов организации внимания и базовых характеристик темперамента.

Материалы и методы: У 40 студентов в возрасте 18-20 лет исследовано среднее время условнорефлекторной двигательной реакции на звук для левой и правой руки, образованной по методике с предварительной словесной инструкцией. Регистрировали время при десяти движениях каждой рукой на рефлексометре ЭМР-01. Оценивали также время организации внимания при движении правой и левой рукой по методике Шульте, уровень тревожности и эктра-интравертированности испытуемых, доминирование правого либо левого полушария по пяти признакам.

Результаты исследования: По результатам среднего времени рефлекса левая рука быстрее реагирует у левшей (165,744мс), чем у правшей (208,099мс). И значительно медленнее у левшей реагирует правая рука (193,359мс) по сравнению с левой рукой (165,744мс); при оценке времени организации внимания у левшей наблюдается более быстрое распознавание чисел левой рукой (26,035с) по сравнению с правой (31,094с), а также быстрее по сравнению с правшами в случае распознавания чисел левой и правой рукой поочерёдно (32,997с и 32,270с соответственно); при оценке полушарностей у левшей явно преобладает правое полушарие, а у правшей преобладает левая полушарность.

Выводы: Время условной двигательной реакции для правой руки и время организации внимания при её движении не зависят от доминантного полушария. При условном движении левой рукой у лиц с доминирующим левым полушарием, по сравнению с правополушарными, больше среднее время движения. По типу темперамента, экста-интравертивности различий не выявлено.

НОРАДРЕНАЛИН КАК МОДУЛЯТОР ВЛИЯНИЙ ФАСТИГИАЛЬНОГО ЯДРА МОЗЖЕЧКА НА ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ ДЫХАТЕЛЬНОГО ЦЕНТРА

В.С. Иванова

Кафедра физиологии человека и животных

Самарский университет

Научный руководитель: к.б.н., доцент ***В.И. Беляков***

Результаты современных исследований в физиологии дыхания показывают важную роль норадренергической нейромодуляции в различных структурах головного мозга, в частности, в мозжечке. Известно, что в мозжечок входят различные афферентные волокна, в том числе, норадреналин-, серотонин-, дофамин-, ацетилхолин- и гистаминергические (Schweighofer N., Doya K., 2004 и др.). Особое внимание привлекает норадренергическая система, оказывающая выраженное влияние на различные функции ЦНС (Цырлин В.А., Хрусталёва Р.С., 2001 и др.). Норадренергические волокна проецируются во все структуры мозжечка и происходят от дорсальной и вентральной частей голубого пятна (locus coeruleus). Они непосредственно контактируют с дендритами зернистых клеток и клеток Пуркинье коры мозжечка, а также с его ядрами. Норадреналин (НА) ингибирует спонтанную залповую активность в клетках Пуркинье, вероятно, посредством пресинаптических адренергических рецепторов корзинчатых клеток. Было показано также, что НА вовлечен в кратко- и долговременную модуляцию ГАМК-ергической передачи, усиливая реакцию клеток Пуркинье на афферентные возбуждающие импульсы (Schweighofer N., Doya K., 2004 и др.).

В рамках нашего исследования были проведены 12 острых опытов на нелинейных спонтанно дышавших крысах массой 260-320 грамм, наркотизированных уретаном (1,5 г/кг; внутрибрюшинно; Sigma). Были изучены и проанализированы изменения объёмных и частотно-временных респираторных показателей, а также параметры электрической активности инспираторных мышц во время микроинъекций в фастигиальное ядро (ФЯ) мозжечка раствора норадреналина гидрохлорида (10-3 М; 0,2 мкл). Содержание лабораторных животных и проведение опытов соответствовали Правилам лабораторной практики в РФ и директивам Европейской Конвенции по защите позвоночных животных (Strasbourg, 1986). Результаты данного исследования статистически и графически обработаны в программе SigmaStat.

В результате проведенного исследования было обнаружено усиление параметров внешнего дыхания в результате активации норадреноцептивных структур ФЯ мозжечка. Данные изменения характеризуются преимущественным увеличением объёмной составляющей паттерна дыхания (дыхательного объёма и минутного объёма дыхания), а также общим ростом продолжительности дыхательного цикла.

В работе рассматриваются возможные рецепторные механизмы действия норадреналина на уровне ФЯ мозжечка, обеспечивающие перестройку регулирующих влияний исследуемого ядра на деятельность бульбарного дыхательного центра. Кроме того, с учетом полученных данных и литературных источников обсуждается общее значение норадренергической медиации мозга в механизмах центральной регуляции дыхания.

ТРАНСКРАНИАЛЬНАЯ МАГНИТНАЯ СТИМУЛЯЦИЯ

М.В. Иванова

Кафедра естественнонаучных дисциплин

Московский медицинский университет «Реавиз»

Научные руководители: профессор ***В.Г. Тактаров****, доцент* ***В.Ю.Переверзев***

Введение. Метод транскраниальной магнитной стимуляции (ТМС) в настоящее время вызывает повышенный интерес исследователей и клиницистов во всем мире.

Физиологической основой метода является деполяризация мембраны нервной клетки вследствие генерации электрического поля в глубине тканей. Деполяризация мембраны приводит к появлению и дальнейшему распространению потенциала действия. При этом возбуждается проксимальная часть аксона быстропроводящих мотонейронов на уровне первых трех перехватов Ранвье (D-волна, direct wave) и несколько вставочных нейронов, которые с различной временной задержкой передают возбуждение на мотонейрон (I-волна, indirect wave). Так, в ответ на однократно предъявленный стимул моторной коре появляется залп нисходящих волн возбуждения, конечной мишенью которых являются альфа-мотонейроны, передающие возбуждение периферическим нервам. Корковая стимуляция с использованием переменного магнитного поля является одной из самых физиологичных методик, так как при этом возбуждаются именно те корковые нейроны, которые первыми активируются при совершении произвольного движения.

Целью данной работы являлось изучение литературы, посвященной использованию метода транскраниальной магнитной стимуляции для диагностики и лечения неврологических и психических заболеваний

Метод исследования: библиографический.

Результаты: при кортексной стимуляции с использованием магнитного поля возбуждаются нейроны кортекса, первыми активирующиеся при движении.

Выводы: транскраниальная магнитная стимуляция —перспективный метод диагностики и терапии заболеваний нервной системы у детей и взрослых. Свойство ритмической транскраниальной магнитной стимуляции снижать уровень корковой возбудимости дает возможность терапевтического использования метода при различных неврологических и психических заболеваниях.

ФИЗИКО-ХИМИЧЕСКИЕ СВОЙСТВА И СТРУКТУРА ПРЕПАРАТОВ СУЛЬФИДА ТЕХНЕЦИЯ ДЛЯ РАДИОДИАГНОСТИКИ ОНКОЗАБОЛЕВАНИЙ ПЕЧЕНИ

Е.Д. Иванчин, С.С. Смирнов, Е.В. Жукова, М.Ю. Милосердова, Е.М. Козлова

Кафедра естественнонаучных дисциплин
Московский медицинский университет «Реавиз»
Научные руководители: к.х.н. ***К.Э.Герман****, к.х..н.* ***А.В.Афанасьев****, к.х.н.* ***А.Я.Марук****, преп.* ***О.С.Крыжовец****, асп.* ***В.Е.Трегубова***

Введение. Изучение взаимодействия Tc с сульфид-ионами непосредственно связано с двумя актуальными аспектами современной науки и практики – с использованием сульфида технеция-99м в качестве радиофармпрепарата, а также с техногенным (радиоизотопным) загрязнением окружающей среды технецием-99g (важным продуктом деления урана). Медико-диагностическое применение системы технеций – сульфид, основано на использовании технециевых радиофармпрепаратов 1-го поколения для диагностики рака печени.

Цель. Цель работы заключалась в получении данных о строении и особенностях синтеза полисульфида технеция - перспективной формы для иммобилизации радионуклида в радио-фармдиагностике и радиоэкологии .

Материалы и методы. Взаимодействие технеция с сульфидами в водных растворах изучено методами спектрофотометрии, кинетического анализа и ультрамикроцентрифугирования.

Результаты. Установлено, что, хотя стехиометрия данного соединения соответствует формуле Tc2S7-x, степень окисления технеция в нем составляет +4, а избыточная сера связана в дисульфидную группу. Определены кинетические параметры реакции пертехнетат-иона с сульфидом и влияние на эту реакцию pH раствора и концентрации сульфид-ионов.

Выводы. Оценивается возможность использования сульфида технеция-99м в радиологической и фармакологической диагностике онкологических заболеваний.

СИНДРОМ ГИПЕРАКТИВНОСТИ И ДЕФИЦИТА ВНИМАНИЯ У ДЕТЕЙ

А.С. Игнатьев

Кафедра Естественно-научных дисциплин
Медицинский университет «Реавиз»
Научный руководитель: д. м. н., профессор ***Ю.В. Первова***

С конца 19 века вопрос о гиперактивности и дефиците внимания у детей

поднимался различными заинтересованными людьми начиная с писателей и публицистов, и заканчивая серьёзными учёными нейрофизиологами. В 20 веке наука шагнула на столько вперёд, что смогла проникнуть в самые глубины человеческого мозга. Менялись понятия в изучении гиперактивных детей от минимальной мозговой дисфункции, к синдрому гиперактивности с дефицитом внимания. Но до сих пор ещё остаётся много неясного в данной проблеме. Поэтому я считаю, что изучение синдрома гиперактивности и дефицита внимания является актуальной проблемой современности. Задачи исследования помочь родителям получить доступную информацию о данной проблеме, о психологическом состоянии своих детей, прогнозе и методах коррекции поведения, обучения и взаимодействия с окружающими. Для проведения диагностики и установления диагноза СДВГ среди детей необходимо наличие: клинических проявлений, результатов психофизиологических тестов (TOVA и Тулуз-Пьерона), результатов ЭЭГ диагностики, результатов МРТ. В нашем исследовании использовались в основном психофизиологический тест Тулуз-Пьерона и данные анамнеза и клинических проявлений у тестированных отобранных в отдельную группу по результатам теста. Было проведено тестирование 150 школьников 1-5 классов ГБОУ ООШ №21 г.о. Новокуйбышевск. В исследовании приняли участие четыре первых класса (по 25 человек) и два пятых класса (по 25 человек). Результаты теста можно видеть в сводной таблице. На основании проведённых исследований были подтверждены данные об основных типах СДВГ: СДВГ – преимущественно гиперактивный тип; СДВГ – тип с преимущественным дефицитом внимания; СДВГ – комбинированный тип. А так же были выявлены социально-психологические проявления СДВГ в виде:

Трудности школьного обучения (в большей мере поведенческие, чем интеллектуальные)

Затруднения социализации (взаимоотношений со сверстниками, способности следовать принятым нормам поведения, ожиданиям, требованиям педагогов, родителей)

Подверженность поведенческим отклонениям (т.н. девиантное поведение).

Таким образом была подтверждена в практическом исследовании выдвинутая гипотеза о серьёзности социально-психологического значения СДВГ у детей. Взаимные научные разработки психологов, педагогов, врачей и нейрофизиологов, а так же открытие новейших методов исследования от простейших к самым современным, позволили не мало пролить свет на данную проблему. Так выделяя из общего числа учеников 1-5 классов методом простейшего социо-психологического теста, мы выделили потенциально имеющую СДВГ группу детей. В моих ближайших планах провести более глубокое изучение проблем этой категории детей, и дать направление родителям по дальнейшему взаимодействию с учителями, врачами и психологами. На мой взгяд не лишним будет так же дать советы по налаживанию

отношений между родителями и детьми уже на этом этапе. Ведь чем раньше появится правильный подход к особенным детям в кругу семьи, тем раньше можно ожидать положительные результаты.

Введение. Адекватная физическая нагрузка является стимулятором основных гомеостатических реакций, позволяющих организму изменять функцию систем кровообращения и дыхания и адаптироваться к изменившимся условиям его деятельности.

Цель работы – изучить основные показатели внешнего дыхания, кровообращения, ЭКГ у студентов под влиянием физической нагрузки и без нее.

Материалы и методы. Для определения данной цели было проведено исследования среди 40 студентов мужского пола Медицинского университета «Реавиз», которые были разделены на 2 группы по 20 человек в каждой, сходные по физическим параметрам: возраст, вес, рост. Первая группа – студенты в состоянии физиологического покоя, вторая группа – студенты при активной физической нагрузке.

Основные показатели дыхания: дыхательный объем (ДО), частота дыхания (ЧД), жизненная емкость легких (ЖЕЛ), минутный объем дыхания (МОД), резервный объем вдоха (РОвд), резервный объем выдоха (РОвыд); кровообращение - артериальное давление; ЭКГ – частота серденых сокращений. Продолжительность и вольтаж основных сегментов и комплексов определяли в лаборатории физиологии кафедры медико-биологических дисциплин с помощью электронного спирографа, автоматического тонометра, велоэргометра, по общепринятым методикам.

Результаты. В ходе исследования установлено, что у первой группы испытуемых основные показатели дыхания и гемодинамики находились в пределах физиологической нормы и составили в среднем: ДО- 560 мл, ЧД –17 дых. движ. в мин., ЖЕЛ- 4,1 л, МОД – 6,5 л/мин, РОвд – 1470 мл, РОвыд – 1220 мл, УО – 82 мл, ЧСС – 76 уд. в мин., интервал R-R – 40мм. тогда как у второй группы показатели характеризующие динамику дыхания и кровообращения при физической нагрузки были выше, относительно первой группы, разница составила в среднем в %: ДО- 43; ЧД – 15; МОД – 24; УО – 36, ЧСС – 35; а интервал R-R был ниже на 35%.

Вывод. Таким образом, активная физическая нагрузка на организм человека изменяет динамические показатели внешнего дыхания, кровообращения и ЭКГ: МОД, ДО, ЧД, ЧСС, УО – увеличиваются, а интервал R-R укорачивается.

СИНДРОМ ДЕФИЦИТА ВНИМАНИЯ И ГИПЕРАКТИВНОСТИ

А.С. Игнатьев
Кафедра естественнонаучных дисциплин
Медицинский университет «Реавиз»
Научный руководитель: д.м.н., профессор ***Ю.В. Первова***

1. История вопроса.
2. Распространённость.
3. Мифы о СДВГ.
4. Этиология и патогенез.
5. Клиника: триада симптомов.
6. Типы и формы СДВГ.
7. Диагностика.
8. Социальное значение.

ЗНАЧЕНИЕ МЕЛАТОНИНА В МОДУЛЯЦИИ ПОСТНАРКОЗНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ НЕКОТОРЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ВЫСШЕЙ НЕРВНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ КРЫС

И.В. Карманова, В.А. Куцуренко
Кафедра медико-биологических дисциплин
Медицинский университет «Реавиз»
Научный руководитель: к.б.н., доцент ***В.И. Беляков***

Введение. За последние 50 лет накоплено большое количество данных об участии мелатонина в регуляции самых разнообразных клеточных процессов и функций организма. Вплоть до настоящего времени в специализированных (Journal of Pineal Research, Advances in Pineal Research , European Pineal Society News) и др. научных журналах ежегодно появляются новые данные, раскрывающие универсальность и плейотропный характер эффектов данного регулятора. В настоящем исследовании поставлена цель по изучению особенностей модулирующего влияния мелатонина на постнаркозные изменения поведенческих реакций крыс линии Wistar.

Материалы и методика исследования. Показатели поведения оценивали в тестах «Открытое поле», «Приподнятый крестообразный лабиринт» и «Чёрно-белая камера». Компоненты поведения (горизонтальная и вертикальная двигательная активность, исследовательская активность, уровень вегетативного напряжения и тревожности) оценивали в исходном состоянии, а также после выхода из-под эфирного наркоза. Содержание животных и процедура эксперимента соответствовали Правилам лабораторной практики в РФ и директивам Европейской Конвенции по защите позвоночных животных (Strasbourg, 1986). Особенности постнаркозных нарушений ВНД в опытной

группе крыс оценивали в условиях активации мелатонинергической системы мозга. Последнюю создавали ежедневным в течении 7 дней введением в утренние часы per os раствора фармакологического средства «Мелаксен» (2 мг/кг; Юнифарм, США).

Результаты исследования. Пероральное введение крысам препарата «Мелаксен» приводит к изменениям их поведенческих реакций в различных тестовых заданиях. В тесте «Открытое поле» под влиянием фармакологического препарата регистрировалась более выраженная горизонтальная и вертикальная двигательная активность, которая протекала в условиях более низкого уровня тревожности в сравнении с контрольными животными. О противотревожном действии свидетельствуют результаты исследования поведения крыс в тестах «Черно-белая камера» и «Приподнятый крестообразный лабиринт». В данных тестах под влиянием исследуемого препарата животные предпочитали осваивать открытые пространства, активно их обследуя. Эфирный наркоз, в целом, обеспечивал низкий уровень двигательной и исследовательской активности. Предварительное введение мелатонина нивелировало отрицательное воздействие эфирной наркотизации на показатели высшей нервной деятельности крыс.

Обсуждение результатов. Отмеченные в проведенном исследовании особенности модулирующего влияния мелатонина на постнаркозные изменения высшей нервной деятельности крыс, по всей видимости, связаны с активацией различных типов мелатониновых рецепторов в ЦНС.

ВЛИЯНИЕ ЗООТОКСИНОВ НА ОРГАНИЗМ ЧЕЛОВЕКА

В.А. Ким, Д.Д. Когер, С.С. Карпова
Кафедра медико-биологических дисциплин
Московский медицинский университет «Реавиз»
Научный руководитель: к.м.н., доцент ***В.В. Николаева***

Введение. Яды животных (зоотоксины) — токсические вещества различной химической природы, вырабатываемые животными организмами и используемые ими в целях защиты или нападения.

Цель исследования. Оценить химическую природу ядов, сопоставить их влияние на организм и рассмотреть виды лечения.

Материалы и методы. В ходе выполнения работы проанализированы данные из последних медицинских научных статей и книг о влиянии на человека токсинов змеи гюрзы (Macrovipera lebetina) и паука каракурта (Latrodectus tredecimguttatus). Сопоставлена их химическая природа и механизмы токсического действия. Проанализирована эффективность лечения таурином против яда гюрзы и противокаракуртовой лечебной сывороткой.

Результаты. Проведена оценка механизмов влияния указанных ядов на организм человека и их последствия. Перспективным в плане профилактики

являются биологические меры борьбы с пауком с помощью наездников, уничтожающих кладки каракуртов и применение противомоскитного полога. В ходе анализа имеющихся данных отмечено, что яд гюрзы хоть и крайне опасен для человека, но в то же время он применяется для диагностики различных сложных болезней, таких как: злокачественные опухоли на ранних стадиях развития и проказа. Широко использует яд гюрзы фармакология, его могут содержать препараты для снижения артериального давления, обезболивания и лечения бронхиальной астмы, ревматического полиартрита, радикулита, невралгии.

Выводы. Зная места обитания, внешний вид ядовитых животных, механизм воздействия зоотоксинов на человеческий организм и методы оказания первой помощи, можно предупредить опасные последствия отравления. При использовании ядов возможно эффективное лечение и диагностика некоторых заболеваний.

ПАТОФИЗИОЛОГИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ ПРИМЕНЕНИЯ УЛЬТРАЗВУКОВЫХ КОЛЕБАНИЙ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО АПИКАЛЬНОГО ПЕРИОДОНТИТА

В.О. Киселева

Кафедра медико-биологических дисциплин

Филиал частного учреждения образовательной организации высшего образования «Медицинский университет «Реавиз» в г. Саратов

Научные руководители: д.м.н., ***Е.А.Пронина****, асс.* ***О.С.Терещук***

Введение.

Современная стоматология все чаще сталкивается с проблемой лечения воспалительных заболеваний в тканях периодонта, несмотря на достигнутые успехи, терапевтические методы требуют постоянного совершенствования.

Гистологическая структура твердых тканей, анатомическое расположение корневых каналов с множеством дельтовидных разветвлений и анастомозов затрудняют его обработку. Для повышения качества лечения необходимо применение методик, направленных на очищение корневого канала от дентинных опилок, смазанного слоя и биопленки [1].

Цель исследования: изучить литературные данные о влиянии ультразвуковых колебаний на основные звенья патогенеза хронического апикального периодонтита.

Материалы и методы исследования. Проанализированы литературные источники за последние 10 лет, касающиеся проблематики данного исследования.

Результаты исследования. Для повышения уровня оказания стоматологической помощи при лечении осложнений кариеса необходимо проводить качественную обработку корневого канала, предотвращая риск развития осложнений.

Использование ультразвуковых колебаний в эндодонтии является высокоэффективным методом современной активной терапии [2-4].

В патогенезе развития хронических апикальных периодонтитов основная роль принадлежит бактериальным альтерирующим факторам, запускающим каскад тканевых и сосудистых нарушений, приводящих к деструкции костной ткани. Ультразвук способствует улучшению трофики тканей за счет противовоспалительного, антиспастического, сосудорасширяющего действий и увеличения количества функционирующих капилляров [3].

При использовании ультразвуковых колебаний в низкочастотной области в жидких средах возникают кавитационные явления, что способствует очистки корневого канала от бактериальной биопленки. Это положительно влияет на результат лечения [4].

Необходимо также воздействовать на воспалительно-деструктивный очаг в костной ткани, насыщая периапикальную область и ткани зуба лекарственными препаратами [5]. Кавитационный режим может вызвать перегрев тканей и усугубить изменения вплоть до развития некроза [6]. Применение ультразвука в докавитационном режиме позволит решить эту проблему.

Таким образом, ультразвуковые колебания оказывают положительный эффект на основные звенья патогенеза хронического апикального периодонтита, поэтому необходимо продолжать работу по изучению влияний ультразвука, расширяя область его применения.

Литература.

1. Кантаторе Дж. Ирригация корневых каналов и её роль в очистке и стерилизации ситемы корневых каналов// Новости Дентсплай, 2004.-№ 10. – С.58-65

2. Удод А.А., Фомина Т.В. Ультразвук в эндодонтии: возможности и перспективы / А.А. Удод, Т.В.Фомина // Мир медицины и биологии, 2013. -№ 4.- Том 9.

3. Терещук О.С. Теоретическое обоснование применения ультразвуковых колебаний в эндодонтии / О.С.Терещук // Сборник материалов IV Всероссийской научной конференции «Актуальные вопросы биомедицинской инженерии». Саратов.-2014

4. Казакова Л.Н., Прокаева Е.А., Терещук О.С., Пичхидзе С.Я. Влияние низкочастотных ультразвуковых колебаний на глубину проникновения антисептика по дентинным канальцам / Л.Н. Казакова, Е.А. Прокаева, О.С.Терещук, С.Я.Пичхидзе // Бюллетень медицинских интернет конференций. 2015.-№11.- Том 5.

5. Терещук О.С., Пронина Е.А., Гоц И.Ю., Муктаров О.Д., Пичхидзе С.Я. Разработка конструкции ультразвуковой насадки для очистки корневого канала/ О.С. Терещук, Е.А.Пронина, И.Ю. Гоц, О.Д. Муктаров, С.Я.Пичхидзе // Тенденции развития науки и образования. Часть 2. Изд. НИЦ «Л-Журнал», 2016 – 50 с.

6. Ильгамов М.А. Физика и химия кавитации / М.А. Ильгамов, Е.А. Смородов, Р.Н. Галиахметов // Наука. – 2008. – № 3 – 228 с.

ПОЛУЧЕНИЕ МЕГАКАРИОЦИТОВ И ТРОМБОЦИТОВ ЧЕЛОВЕКА ИЗ СТВОЛОВЫХ ГЕМОПОЭТИЧЕСКИХ КЛЕТОК ПУПОВИННОЙ КРОВИ EX VIVO

Д.Ю. Ключников, М.Ю. Языкова, О.В. Тюмина, В.В. Ходаков
Каф. биохимии, биотехнологии и биоинженерии
ФГАОУ ВО СГАУ (Национальный исследовательский университет)
Научный руководитель: д.б.н., проф. ***М.Ю. Языкова***

Введение

В последние годы работы в области получения мегакариоцитов и тромбоцитов из стволовых клеток в условиях ex vivo вызывают большой интерес в связи с большими перспективами для клинического применения. Во-первых, полученные ex vivo мегакариоциты и их предшественники могут использоваться для совместной трансплантации с гемопоэтическими стволовыми клетками (ГСК) пуповинной крови (ПК) при лечении онкогематологических заболеваний для сокращения периода тромбоцитопении. Во-вторых, технологии получения тромбоцитов в культуре могут стать альтернативой традиционному донорству тромбоцитов уже в ближайшем будущем. При этом будут решены вопросы, связанные с инфекционной безопасностью, привлечением доноров и пр. В-третьих, тромбоциты образованные ex vivo, могут быть использованы в области регенеративной медицины как источник цитокинов α-гранул. В-четвертых, такие культуральные системы могут быть применены при разработке новых препаратов для борьбы с тромбоцитопенией. Уже получены результаты, показывающие возможность получения функциональных тромбоцитов человека из ГСК ПК, мобилизованной периферической крови, иПСК и ФСК. Однако, эффективность получения мегакариоцитов и тромбоцитов ex vivo намного ниже, чем in vivo, и технологий в достаточной мере удовлетворяющей запросам для клинического применения до настоящего времени нет.

Цели и задачи

Целью работы было проведение анализа образования мегакариоцитов и тромбоцитов из CD34+ ГСК ПК в однофазном протоколе с использованием кондиционированной среды.

Материалы и методы

CD34+ ГСК были очищены из мононуклеарной фракции ПК с помощью иммуномагнитной селекции и внесены в кондиционированную среду aMEM, на которой в течение 3 суток предварительно культивировались МСК человека, с добавлением 20% BIT 9500, модифицированного цитокинового коктейля BS1 (SCF 2 нг/мл) и 100мМ 2-ME. В качестве контроля использовалась среда на основе IMDM. Культивирование проводилось при 37°C и 5%CO2. Анализ проводился с помощью проточной цитометрии и микроскопии.

Результаты

Показано, что соотношение клеток экспрессирующих CD41a и CD34 (предшественников) было выше на контрольной среде (на 7 сутки 8,82±3,66 против 4,0±0,2; и 27,55±0,35 против 9,72±0,27 на 9 сутки; $p \leq 0,001$). Количество и созревание мегакариоцитов оценивалось по экспрессии CD41a и CD42b, и также было выше в контроле, чем в кондиционированной среде. К 13 суткам на кондиционированной среде образовывалось меньше мегакариоцитов, но процент зрелых из них был несколько выше. На 11 сутки 80,7±0,28% клеток экспрессировали CD41a, из них 95,6±0,99% были CD42b+ в контроле, и 18,95±0,92% клеток экспрессировали CD41a, из них 83,75±5,3% были CD42b+ на кондиционированной среде; на 13 сутки 88,95±0,21% клеток популяции экспрессировали CD41a и 88,7±0,56% экспрессировали CD42b в контроле, и лишь 34,25±0,92% клеток были CD41a+ на кондиционированной среде, однако, из них 96,85±1,06% коэкспрессировали CD42b ($p \leq 0,001$). Экспансия ядросодержащих клеток была выше на кондиционированной среде на протяжении всего культивирования. Крупные клетки, диаметром более 20 мкм наблюдались в культуре уже с 9 суток, а образование протромбоцитов было заметно уже на 12 сутки. Показано, что выделенные на 16 сутки тромбоцитоподобные частицы (ТПЧ) действительно являются тромбоцитами и экспрессируют характерные маркеры (CD41a и CD42b), однако на уровне несколько ниже контрольных тромбоцитов венозной крови. Так 98,15±0,21% CD41a+ ТПЧ экспрессировали CD42b в контрольной среде, 88,1±1,98% в кондиционированной и 99,9±0,14% тромбоцитов венозной крови ($p \leq 0,01$).

Выводы. Использование кондиционированной среды не позволяет увеличить выход мегакариоцитов и тромбоцитов из CD34+ ГСК ПК, однако может увеличить общую экспансию, что может применяться на первых этапах многофазных протоколов. Предполагается, что ингибирование дифференцировки вызвано содержащимися в среде факторами, экспрессируемыми МСК. Тромбоциты, полученные ex vivo, должны быть тщательно охарактеризованы для каждых условий культивирования.

ОПЫТ КЛИНИЧЕСКОГО ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ДЭНС-ТЕРАПИИ ПРИ МЕТАБОЛИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ

Е.И. Коваленко

Кафедра медико-биологических дисциплин
Саратовский медицинский университет «Реавиз»
Научный руководитель: к.м.н., доцент ***О.И. Дралина***

Метаболический синдром (МС) – это комплекс изменений, связанных с нарушением обмена веществ.

Целью нашего исследования явилось выявление эффективности метода динимической электронейростимуляции (ДЭНС-терапии) в коррекции метаболического синдрома.

Динамическая электронейростимуляция (ДЭНС) – это немедикаментозный метод электрорефлексотерапии, основанный на воздействии на определенные

зоны кожи импульсами электрического тока, форма которых зависит от величины электрического сопротивления поверхности кожи в подэлектродном участке.

Для решения данной цели было проведено исследование в медицинском центре «Саратов-ДЭНС» с участием 30 женщин, страдающих избыточной массой тела, в возрасте от 17 до 60 лет. Критериями выбора пациентов явилось: значение индекса массы тела выше 26, отсутствие противопоказаний для проведения электрорефлексотерапии. Исключались пациентки с заболеваниями желудочно-кишечного тракта в стадии обострения (язвенная болезнь, гастрит и др.), а также лица, страдающие сахарным диабетом 1-го типа.

Испытуемые были разделены на 2 группы. В 1-ую группу вошли 15 женщин с метаболическим синдромом без наличия сопутствующих заболеваний. Вторую группу (15 человек) составили пациентки с метаболическом синдромом и сопутствующими заболеваниями, среди которых отмечались: патология сердечно-сосудистой системы – у 5 человек, в том числе ишемическая болезнь сердца – у 2, артериальная гипертензия I-II стадии – у 2 человек; патология эндокринной системы – у 7 человек, в т.ч. сахарный диабет 2-го типа – у 2, гипотериоз различной этиологии – у 1 человека; заболевания желудочно-кишечного тракта в стадии ремиссии – у 15, патология дыхательной системы – у 3, патология половой системы – у 10 женщин. В 97% случаях отмечалась сочетанная патология.

Пациенткам 1-й группы проводилась аурикулярная и корпоральная ДЭНС-терапия по зонам, связанным со снижением аппетита и повышением термогенеза, универсальным зонам. Во второй группе – ДЭНС-терапия по зонам общего действия и специальным зонам проекции корпоральных точек акупунктуры для коррекции сопутствующих нарушений.

Полученные данные убедительно демонстрируют эффективность применения динамической электронейростимуляции для лечения метаболического синдрома. Достоинством метода является достаточно высокая результативность, комплексность воздействия на разные составляющие патогенеза, коррекция сопутствующих нарушений, неинвазивность и хорошая переносимость пациентами.

ОЦЕНКА СТРЕССОУСТОЙЧИВОСТИ СРЕДИ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА

А.А. Лёвина, Л.А. Невьянцева, А.И. Иванов
Кафедра патологической физиологии
Пермский государственный медицинский университет им. ак. Е.А. Вагнера
Научный руководитель: доцент ***Т.В. Зуева***

Актуальность: Проблема стресса имеем медико-социальное значение, так как студенты-медики с первого года обучения подвержены стрессу. Стресс является причиной многих заболеваний медицинского персонала.

Цель работы: Определение уровня стрессоустойчивости у студентов 3 курса лечебного факультета.

Материалы и методы: Анкетирование 47 практически здоровых студен-

тов 3 курса лечебного факультета. Студенты были разделены по гендерному признаку. Определение по анкете (20 вопросов): типа стрессоустойчивости, низкой или высокой стрессоустойчивости к учёбе, стремление к лучшему результату, стрессоустойчивость к окружающим, а также стрессоустойчивость окружающих к анкетируемому. Результаты обработаны и представлены в процентном соотношении.

Результаты: При определении типа стрессоустойчивости выявлено: 4% мужчин и 5% женщин относятся к типу А (стрессонеустойчивые), 20% и 5% женщин и мужчин соответственно относят себя к приближённому к типу А (стрессотормозные), 5% мужчин и 8% женщин отнесли себя к типу приближённому к В (стрессотренируемые), никто (0%) из анкетируемых не отнёс себя к типу В (стрессоустойчивые).

31% мужчин и 69% женщин считают, что у них низкая стрессоустойчивость к учёбе. К лучшим результатам стремятся 61% женщин и 39% мужчин. Низкая стрессоустойчивость окружающих к анкетируемому определяется у 26% мужчин и 74% женщин. 65% женщин и 35% мужчин считают, что у них низкая стрессоустойчивость к окружающим.

Выводы: Будущие врачи (студенты-медики) подвергаются стрессу во время учёбы и работы, что ведёт к стрессонеустойчивости, и это, в свою очередь, определяет заболевания всех систем и органов. У женщин в большей мере снижена стрессоустойчивость, чем у мужчин. Это объясняется тем, что женщины более эмоциональны и неверно оценивают бытовые ситуации. Абсолютной стрессоустойчивости достичь невозможно, так как организм должен адекватно реагировать на раздражитель. Однако переход из одного типа стрессоустойчивости в другой возможен, если исключить факторы стресса.

ИЗУЧЕНИЕ ТОКСИЧЕСКОГО ВОЗДЕЙСТВИЯ ТЯЖЕЛЫХ МЕТАЛЛОВ НА БАКТЕРИАЛЬНОЕ СООБЩЕСТВО СИМБИОНТОВ КИШЕЧНИКА

Н.С.Легкодимова, К.В.Кузнецова, Д.Д.Когер, М.Н.Глазкова, В.А.Ильин
Кафедра естественно-научных дисциплин
Московский медицинский университет «Реавиз»
Институт физической химии и электрохимии им. А.Н. Фрумкина РАН
Научные руководители: зав. кафедрой к.х.н. ***К.Э. Герман,***
доц к.х.н. ***А.В. Афанасьев,*** *ст.научн.сотр. к.х.н.* ***А.В. Сафонов,***
*асс.****А.Ю. Александровская***

Введение. Загрязнение поверхностных и подземных вод тяжелыми металлами может привести к попаданию токсикантов в водозаборы и, как следствие, в организм человека через ЖКТ. Изменение активности кишечной микрофлоры может привести к нежелательным процессам вплоть до дисбактериоза и различных воспалительных расстройств кишечника.

Цель. Целью данной работы является изучение токсического воздействия металлов на клетки микроорганизмов, обитающих в кишечнике человека, биоэлектрохимическим методом.

Материалы и методы. В основе метода биосенсора лежит процесс электрохимического измерения концентрации кислорода в кювете с использованием микробного биосенсора (на основе электрода Кларка) с иммобилизованными клетками бактерий. В течение нескольких минут в режиме реального времени детектируется скорость потребления кислорода клетками, которая при обычных условиях стабильна и изменяется в соответствии с концентрацией вносимого токсиканта.

Результаты. Новизна работы заключается в использовании современного биоэлектрохимического (биосенсорного) подхода с использованием биорецептора с иммобилизованной биомассой бактерий для оценки токсичности металлов в клетках прокариотических организмов.

Выводы. Проведена оценка токсичности действия цезия, стронция, кобальта, цинка, никеля, хрома, урана, ванадия, свинца, кадмия, ртути на клетки микроорганизмов.

ПРИМЕНЕНИЕ РАСТВОРОВ ГЛИКОЛЕВОЙ КИСЛОТЫ В ВОССТАНОВЛЕНИИ МИКРОЦИРКУЛЯЦИИ КРОВИ В КОЖЕ КИСТЕЙ

А.В. Логина

К.б.н., доцент кафедры естественнонаучных дисциплин ***Е.В. Антипов***

Медицинский университет «Реавиз»

Научный руководитель: к.м.н., доцент кафедры морфологии и патологии

А.А. Супильников

Актуальность исследования. Старение – сложный биологический процесс, характеризующийся обменными, структурными и функциональными изменениями клеточных структур тканей в связи с истощением биоресурса организма. Важнейшим звеном патогенеза возрастных эстетических дефектов кожи является нарушение в микроциркуляции крови. Гликолевая кислота занимает лидирующее положение среди средств борьбы со старением кожи, что связано, во-первых, с ее доступностью и достаточной простотой проведения процедур, во-вторых, с большим разнообразием препаратов.

Цель исследования. Изучить изменения микроциркуляции крови в коже, как основы механизма старения, на базе анализа непосредственных и отдаленных результатов под воздействием раствора гликолевой кислоты разной концентрации.

Задачи исследования. Анализ непосредственных результатов воздействия гликолевой кислоты на микроциркуляцию крови кожи в зависимости от пола, возраста и концентрации гликолевой кислоты. С учетом полученных результатов сформулировать подходы схем применения.

Результаты исследования и их обсуждение. Для проведения работы ис-

следовано 80 женщин в возрасте от 20 до 60 лет. Измерены параметры микроциркуляции крови кожи у женщин 20-25 лет (контрольная группа) и 55-60 лет. Затем изучены результаты изменений микроциркуляции крови в коже кистей при использовании раствора гликолевой кислоты концентрации 50% со значением pH 1,9-2,1. Оценка данных производилась методами лазерной допплеровской флоуметрии (ЛДФ), оптической тканевой оксиметрии (ОТО) и лазерной флуоресцентной спектроскопии (ЛФС).

РЕСПИРАТОРНЫЕ РЕАКЦИИ НА МИКРОИНЪЕКЦИИ БИКУКУЛЛИНА В ОБЛАСТЬ ВЕНТРОМЕДИАЛЬНОГО ЯДРА ГИПОТАЛАМУСА

В.С. Милюткин, Ю.С. Съедугина

Физиологии человека и животных

ФГАОУ ВО «Самарский национальный исследовательский университет имени академика С.П. Королева»

Научный руководитель: д.б.н., профессор ***О.А. Ведясова***

Введение. В рамках проблемы нейрохимической регуляции деятельности дыхательного центра продолговатого мозга супрабульбарными структурами вызывает интерес роль гипоталамуса как интегративного центра висцеральных функций. Особое внимание привлекают гамкергические механизмы вентромедиального ядра гипоталамуса (ВМЯ), имеющего прямые и непрямые проекции в область локализации структур бульбарного дыхательного центра.

Цели и задачи. Целью исследования являлось изучение изменений паттерна внешнего дыхания и электромиограммы (ЭМГ) диафрагмальной мышцы при блокаде ГАМКА-рецепторов ВМЯ бикукуллином

Материалы и методы. Для достижения поставленной цели была проведена серия острых опытов на беспородных крысах, наркотизированных уретаном. Респираторные эффекты регистрировали до и в течение 60 минут после микроинъекции в ВМЯ 0,3 мкл раствора бикукуллина в концентрации 10-5 М.

Результаты. При микроинъекциях бикукуллина в ВМЯ наблюдались респираторные реакции, выражавшиеся, главным образом, в изменении длительности фаз дыхательного цикла. Длительности инспираторной фазы снижалась от 0,385±0,020 с в исходном состоянии до 0,358±0,015 с ($p < 0,05$) на 45-й минуте экспозиции. Экспираторная фаза пролонгировалась до 0,700±0,076 с на 45-й минуте регистрации, что было на 0,054±0,03 с ($p < 0,05$) меньше, чем в исходном состоянии. Противоположная направленность отклонений данных параметров обуславливала отсутствие закономерных изменений частоты дыхания. Динамика длительности дыхательных фаз коррелировала с изменениями ЭМГ диафрагмы.

Характерной особенностью блокады ГАМКА-рецепторов ВМЯ было отсутствие статистически значимых колебаний дыхательного объема и минутного объема дыхания. Дыхательный объем изменялся не более, чем на 0,04 мл по сравнению с исходными величинами, составлявшими 0,68±0,06 мл. Минутный объем дыхания, как показатель, производный от частоты дыхания и дыхательного объема, также изменялся в узких пределах. Данным эффектам соответствовали незначительные изменения максимальной амплитуды осцилляций в залпах на ЭМГ диафрагмы.

Выводы. Проведенные эксперименты свидетельствуют о вовлечении ГАМКА-рецепторов ВМЯ в модуляцию деятельности бульбарного дыхательного центра. Выраженный характер изменений временный параметров паттерна дыхания при микроинъекциях бикукуллина в ВМЯ гипоталамуса позволяет предполагать, что ГАМКА-рецепторы данного ядра опосредуют нисходящие влияния преимущественно к респираторным нейросетям, формирующим фазовую структуру дыхательного цикла.

МАГНИТОТЕРАПИЯ, КАК АЛЬТЕРНАТИВНЫЙ МЕТОД МЕДИЦИНЫ

А.М. Мифтахов
НЧОУ "СОШ ЭЕКО "
Научный руководитель: учитель физики и математики, 1 кат. ***О.В. Морозова***

ОСОБЕННОСТИ ПОЛЯ ЗРЕНИЯ У РАЗЛИЧНЫХ ЭТНИЧЕСКИХ ГРУПП

Л.К. Мишарина
Кафедра медико-биологических дисциплин
Московский медицинский университет «Реавиз»
Научный руководитель: к.б.н., доцент ***О.Е. Павлова***

Введение: Поле зрения – пространство, в пределах которого видны все его точки при фиксированном положении глаз. Величина поля зрения достаточно сильно различается у людей. В тоже время, в научной литературе отсутствуют сведения об особенностях данного показателя у этнических групп.

Цель исследования: Изучить величину поля зрения у людей различных национальностей. Рассмотреть его особенности.

Материалы и методы: Для достижения поставленной цели были использованы такие методы исследовательской деятельности как теоретические и эмпирические. Нами был проведен теоретический анализ проблемы исследования: анализ научных медицинских статей, учебной литературы. Основным экспериментальным методом исследования поля зрения в данной работе является пери-

метрия. Этот метод заключается в измерении границ поля зрения с проекцией их на сферическую поверхность.

Результаты: Изучена величина поля зрения людей различных национальностей. Выявлено, что цветовое восприятие у различных этнических групп отличается. Область восприятия синего цвета шире у людей с Южного Кавказа, а область восприятия зеленого цвета шире у русских, украинцев и белорусов.

Выводы: Существуют национальные особенности полей зрения и, следовательно, цветового восприятия у разных этнических групп.

МЕДИКО-БИОЛОГИЧЕСКАЯ РОЛЬ ГАЛОГЕНОВ

А.А. Моженов

Кафедра естественно-научных дисциплин
Саратовский медицинский университет «Реавиз»
Научные руководители: к.х.н., доцент ***А.Л. Жиляева,***
к.т.н., доцент ***С.В. Синькеев***

Фтор. В организме человека находится в виде компонента биоорганических соединений, а также в составе комплексного соединения фторапатита Ca5(PO4)3F. Это вещество формирует твёрдую часть зуба – дентин. Фторсодержащие препараты применяются для профилактики и лечения кариеса. Обогащение питьевой воды фтором приводит к значительному снижению заболеваемости населения кариесом зубов. Однако существуют исследования, которые демонстрируют связь между фторированием воды и повышенным риском возникновения остеогенной саркомы.

Хлор. Масса хлора в человеческом организме – около 100 грамм. Хлорид-ионы обеспечивают прохождение ионов через клеточные мембраны и принимают участие в поддержании осмотического равновесия. Хлор является компонентом соляной кислоты, которая переваривает пищу и уничтожает различные патогенные микроорганизмы, попавшие в желудок из внешней среды. Недостаток этой кислоты нарушает пищеварение, а избыток формирует среду для развития язвенной болезни. Хлорид натрия используется для приготовления изотонического и гипертонического растворов. Изотонический раствор (0.9%) применяют при обезвоживании, различных интоксикациях, а также в качестве компонента для приготовления растворов.

Бром. Бром – это микроэлемент, в организме человека его не более 7 мг. Концентрируется в железах внутренней секреции, по большей части в гипофизе. Электроотрицательные свойства брома сильнее, чем свойства йода. По этой причине ионы брома могут вытеснять ионы йода в организме. Примером этого является довольно вытеснение йода в гормонах щитовидной железы бромом. Это закономерно приводит к сбоям в выработке гормона тироксина, одного из важнейших регуляторов деятельности организма. Вы-

сокая концентрация бромид-ионов в крови нарушает равновесие и способствует быстрому выделению почками хлорид-ионов и наоборот.

Йод относится к числу незаменимых биогенных элементов. В организме человека содержится около 25 мг йода. Из общего количества иода в организме больше половины находится в щитовидной железе, которая способна концентрировать I- в 25 раз больше по сравнению с содержанием его в плазме. Почти весь иод, содержащийся в этой железе, находится в связанном состоянии – в виде гормонов – и только около 1% его находится в виде йодид-иона. Щитовидная железа секретирует гормоны трииодтиронин и тироксин, которые влияют на метаболизм, терморегуляцию, развитие и рост. При недостатке тироксина нарушаются вышеперечисленные процессы, также появляется зоб, при его избытке появляется базедова болезнь. Пониженная активность щитовидной железы (гипотиреоз) может быть связана с уменьшением ее способности накапливать йодид-ионы, или с недостатком в пище иода. Йод входит в состав препаратов – нормализаторов функции щитовидной железы.

Астат – нестабильный элемент, биологические свойства которого необходимо рассматривать, прежде всего, в контексте влияния радиации на живые организмы. Относительно человека, радиобиологические эффекты классифицируют на две группы: детерменированные (возникающие на фоне получения высокой дозы радиации) и стохастические (возникают на фоне постоянного, периодичного получения доз радиации). В медицине используется изотоп астата – астат-211. Этот изотоп является очень перспективным в лечении и диагностике онкологических заболеваний, т. к. имеет подходящий период полураспада (7.2 часа) и испускает короткие альфа-волны.

ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ КАК ФАКТОР, ОПРЕДЕЛЯЮЩИЙ ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ И ЕЁ АДАПТАЦИОННЫЙ ПОТЕНЦИАЛ

С.С. Орипов, М.Х. Абдурахманов

Кафедра медико-биологических дисциплин

Медицинский университет «Реавиз»

Научный руководитель: к.б.н., доцент ***В.И. Беляков***

В исследовании изучены особенности функционального состояния сердечно-сосудистой системы и проанализированы изменения показателей ее деятельности на различные функциональные пробы у студентов младших курсов НОУ ВПО «Медицинского Университета «Реавиз» в зависимости от некоторых соматических и психофизиологических характеристик. В экспериментальную группу включались относительно здоровые студенты, не имеющие медицинских показаний по ограничению физической нагрузки. По экспресс-методике оценки качества жизни (SF-36) определяли: физический

компонент здоровья; ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием; психическое здоровье; ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием; жизненная активность.

Методом регистрации артериального давления по Короткову и частоты пульса вычисляли ряд значимых для оценки состояния самой системы кровообращения и доминирующего типа её регуляции показателей: систолическое и диастолическое артериальное давление, пульсовое давление, среднее динамическое давление, вегетативный индекс Кердо и индекс Альговера. Реактивность и компенсаторные возможности сердечно-сосудистой системы тестировали при помощи функциональных проб: ортостатическая проба и дозированная велоэргометрическая нагрузка. Кроме того, оценивали данимику изменения некоторых параметров кровообращения в условиях интеллектуальной нагрузки (3-х часовая лекционная работа с 2 перерывами по 10 минут).

В результате исследования установлена определённая корреляция индивидуальных психофизиологических особенностей студентов с механизмами контроля функции кровообращения в состоянии относительного покоя и в условиях напряжения.

К ВОПРОСУ ОБ УЧАСТИИ БОЛЬШОГО ЯДРА СРЕДИННОГО ШВА В МЕХАНИЗМАХ РЕГУЛЯЦИИ ВНЕШНЕГО ДЫХАНИЯ

А.О. Орлова

Кафедра физиологии человека и животных
Самарский Государственный Университет
Научный руководитель: д.м.н., профессор ***А.Н. Инюшкин***

Введение. Большое ядро включает в себя нейроны, продуцирующие различные нейротрансмиттеры: серотонин, глутамат, тиролиберин, вещество Р, стимулирующие дыхание и регулирующие активность диафрагмальных мотонейронов, а также γ-аминомасляную кислоту (ГАМК) (Ptak et al., 1999; Bagdy et al., 2000; Harsing, 2006).

Согласно данным, полученным в работах некоторых исследователей, электрическая или химическая стимуляция большого ядра может вызывать как активацию (Verner et al., 2004), так и угнетение дыхательной активности (Leger et al., 1986; Ohta et al., 1995; Serrats et al., 2003, 2005; Cao et al., 2006). Авторы считают, что причиной подобных противоречивых результатов могут быть как отличия в условиях проведения экспериментов, так и структурно-функциональная специфика данного ядра.

Цели и задачи. Целью работы явилось изучение участия большого ядра в регуляции дыхания. Решались следующие задачи: изучить изменение показателей паттерна дыхания и биоэлектрической активности диафрагмы и наружных межреберных мышц в условиях электростимуляции двух точек каудальной и двух ростральной областей ядра током различной частоты и силы; исследо-

вать изменения показателей паттерна дыхания и биоэлектрической активности инспираторных мышц в условиях электростимуляции участка ростральной области ядра на фоне локального действия на него ГАМК.

Материалы и методы. Эксперименты проведены на 30 взрослых нелинейных крысах обоего пола массой 180-250 г. Для электростимуляции ядра использовали биполярный концентрический электрод с диаметром кончика 100 мкм. Его введение осуществляли в соответствии со стереотаксическими координатами атласа мозга крысы (1 точка: P – 9.8, L – 0, V – 10.2; 2 точка: P – 10.3, L – 0, V – 9.9; 3 точка: P – 10.8, L – 0, V – 10.1; 4 точка: P – 11.3, L – 0, V – 10.3; Paxinos, Watson, 1997). Локальное введение химического вещества в соответствующие точки мозга обеспечивали методом стереотаксических микроинъекций. По спирограммам определяли дыхательный объем (Vт, мл), длительность дыхательного цикла (TT, с), длительность инспираторной (Ti, с) и экспираторной (Te, с) фаз дыхательного цикла, рассчитывали частоту дыхания (f, мин-1) по формуле: f = 60/TT; минутный объем дыхания (V, мл/мин) по формуле: V = f * VT (Бреслав, 1984; Глебовский, 1994). Для регистрации электромиограммы (ЭМГ) диафрагмы осуществляли абдоминальный доступ к этой мышце и вводили в нее пару стальных игольчатых электродов. Вторую пару электродов вводили в наружные межреберные мышцы в VI – VIII межреберье с правой стороны тела животного. На ЭМГ определяли максимальную амплитуду осцилляций (отн. ед.) в залпах активности инспираторных мышц (Бреслав, Глебовский, 1981). Статистическую обработку результатов проводили с помощью программного пакета «SigmaStat 3.1» (Jandel Scientific, USA).

Результаты. Нами зарегистрировано снижение дыхательного объема (на 32%; $p<0,01$) и амплитудных показателей электрической активности инспираторных мышц (на 27%; $p<0,01$). В ходе экспериментов обнаружились определённые различия в характере и выраженности реакций на стимуляцию исследуемых точек большого ядра. Это может объясняться нейрохимической неоднородностью расположенных здесь нейронов, а также особенностями организации их эфферентных проекций. Микроиньекции ГАМК в ядро в наших экспериментах приводили к усилению биоэлектрической активности наружных межреберных мышц (на 37%; $p<0,01$). При этом частотные характеристики внешнего дыхания оставались на исходном уровне.

Выводы. Локальная электростимуляция большого ядра оказывает угнетающее влияние на механизмы регуляции глубины дыхания. Влияние большого ядра на механизмы регуляции глубины дыхания может осуществляться с участием ГАМКергической нейромедиаторной системы.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ КАПИЛЛЯРНОЙ И ВЕНОЗНОЙ КРОВИ

Е.А. Павлова

Кафедра медико-биологических дисциплин

Московский медицинский университет «Реавиз»

Научный руководитель: д.м.н., профессор ***А.В.Бабичев***

Введение. Гематологические исследования являются обязательными для всех групп диспансерного наблюдения и больных. В настоящее время наряду с капиллярной кровью для гематологических исследований используется венозная кровь. Данные о сопоставимости параметров и соответствии их установленным референтным величинам при получении крови двумя способами отсутствуют.

Цель исследования. Применение аппаратных методов анализа крови ставит вопрос о сопоставимости данных, полученных при исследовании венозной крови, с показателями капиллярной крови, для которой ранее были разработаны нормативы.

Материалы и методы. Проведена оценка статистически обработанных показателей параллельных исследований образцов венозной и капиллярной крови доноров.

Результаты. При сравнительной оценке клеточных элементов в венозной и капиллярной крови здоровых лиц обнаружено, что в капиллярной крови количество лейкоцитов выше у мужчин на 15,5% ($p < 0,001$), а у женщин на 13,2% ($p < 0,001$). Что касается количества тромбоцитов, выявлен достоверно более высокий их уровень как у мужчин, так и у женщин в венозной крови. Процент венозно-капиллярной разницы содержания тромбоцитов составляет у обследованных мужчин 16,5% ($p < 0,001$), у женщин 14,0% ($p < 0,001$). Подобное различие показателей, вероятно, связано с процессами агрегации и адгезии тромбоцитов в месте прокола кожи за счет тканевых факторов агрегации тромбоцитов, выделяющихся при разрушении клеток в результате механического воздействия на ткани пальца. Кроме того, в тканевой жидкости имеется высокий титр антител IgG, опосредующих связывание с поверхностными гликопротеинами тромбоцита в присутствии ЭДТА, являющегося традиционным антикоагулянтом для проведения гематологического анализа.

Выводы. Показано, что для аппаратной методики исследования количества тромбоцитов необходимо брать только венозную кровь, поскольку определение их в капиллярной крови ведет к искажению результатов анализа с использованием геманализаторов. Это позволяет получать результат в течение 30 минут, стандартизировать аналитический этап.

ОСОБЕННОСТИ ПАРАМЕТРОВ РАМЕТРОВ СПАЙКОВОЙ АКТИВНОСТИ НЕЙРОНОВ СУПРАХИАЗМАТИЧЕСКОГО ЯДРА В ОТВЕТ НА АППЛИКАЦИИ НЕЙРОПЕПТИДА Y

А.А. Петрова

Кафедра физиологии человека и животных
Самарский государственный аэрокосмический университет им. ак. С.П.Королёва (национальный исследовательский университет)
Научный руководитель: д.б.н., профессор ***А.Н. Инюшкин***

Введение

Циркадианные ритмы человека и млекопитающих, генерируемые осциллятором супрахиазматического ядра (СХЯ) гипоталамуса, представляют большой интерес. Осциллятор нуждается в постоянной синхронизации с естественным уровнем освещенности. Информация к осциллятору поступает по трем основным каналам – ртиногиоталамическому тракту из сетчатки, геникулогипоталамическому тракту из межколенчатой пластинки таламуса и серотонинергическому пути от ядер шва. Исключительная роль принадлжежит геникулогипоталамическоум пути, т.к. на уровне межколенчатой пластинки осуществляется интеграция фотической и нефотической информации. Известно, что главным нейротрансмиттером этого пути является нейропептид Y. Нейропептид Y является полифункциональным пептидом, но до сих пор о его влиянии на параметры спайковой активночти нейронов супрахиазматического ядра гипоталамуса ничего не известно.

Цели и задачи

Изучить особенности электрической активности нейронов СХЯ в ответ на аппликации нейропептида Y.

Проанализировать параметры спайкового кода – среднюю частоту генерации спайков, энтропию распределения межспайковых интервалов и обоюдную информацию между сопряжёнными межспайковыми интервалами в ответ на аппликации NPY.

Материалы и методы

Запись активности клеток была произведена внеклеточно на саггитальных срезах головного мозга крыс, содержащих СХЯ гипоталамуса. Полученные экспериментальные данные подвергали статистической обработке. Для сравнения значений исследуемых показателей в ходе экспериментальных воздействий с исходным состоянием использовали парный t-тест или ранговый тест Уилкоксона (в случае несоответствия распределения данных в выборках нормальному). Статистические данные о параметрах спайковой активности нейронов в исходном состоянии представлены как средние арифметические ± стандартные ошибки среднего. Изменения исследуемых параметров считались статистически значимыми при $p<0.05$.

Результаты

Всего была зарегистрирована активность 81 нейрона СХЯ. Исходные па-

раметры до аппликации нейропептида Y равнялись: частота генерации спайков – 2,62 ± 0,29 с-1, энтропия распределения межспайковых интервалов составляла 6,62 ± 0,11 бит, а обоюдная информация между сопряжёнными межспайковыми интервалами – 0,056 ± 0,013 бит.

При анализе исследуемых параметров в целом для всей группы выявлено, что средняя частота генерации спайков под воздействием нейропептида Y снизилась, о чем можно судить по уменьшению медианы данного показателя с 1.85 до 1,72 с-1. При этом в выявлен рост обоюдной информации между сопряжёнными межспайковыми интервалами. Изменений энтропии распределения межспайковых интервалов в целом для группы не произошло.

Выводы

В ходе нашего исследования было изучено влияние нейропептида Y на параметры электрической активности нейронов супрахиазматического ядра in vitro. Аппликация нейропептида Y вызвала изменения активности более половины из зарегистрированных нейронов (43 из 81), в остальных случаях изменений активности клеток отмечено не было. Преобладающей реакций, зарегистрированной у 35 нейронов, была реакция снижения частоты генерации потенциалов действия, а в 8 случаях – повышение.

Существует предположение, что различные типы рецепторов опосредуют различные типы реакций в ответ на воздействие нейропептида Y. Так, известно, что различные типы рецепторов в СХЯ отвечают за модуляцию нейропептидом Y фазовых сдвигов и ингибирования клеток. Обнаруженные в нашем исследовании различия в направленности реакций спайковой активности клеток могут объясняться активацией различных типов специфических рецепторов к нейропептиду Y в мембране нейронов СХЯ, либо включением в реакцию различных внутриклеточных посредников и внутриклеточных механизмов.

ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПРИВЕРЖЕННОСТИ К ФОРМИРОВАНИЮ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ В ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ

А.А. Пименова

Учащаяся 11 класса

Научный руководитель: к.м.н., доцент ***А.В. Пименов***

ИЗУЧЕНИЕ ЗАКОНОМЕРНОСТЕЙ ДОЗА-ЭФФЕКТ ПРИ ОБЛУЧЕНИИ БАКТЕРИЙ E.coli и Pseudomonas putida ЭЛЕКТРОННО-ЛУЧЕВЫМ СПОСОБОМ

А.Б. Пшонченко, Э.А.Саввон, Л.К.Мишарина
Кафедра естественно-научных дисциплин
Московский медицинский университет «Реавиз»
Научный руководитель: к.х.н. ***К.Э.Герман****, к.х.н.* ***А.В.Сафонов***

Введение. Радиационная стерилизация медицинских изделий является одним из наиболее развитых радиационно-технологических процессов. Благодаря высокой проникающей способности есть возможность стерилизовать медицинскую продукцию в упакованном и готовом к выпуску виде. Электронно-лучевой способ использует высокий уровень энергии электронов в качестве средства стерилизации. Электроны ускоряются до скорости света с помощью линейного ускорителя. Энергия электронов в диапазоне от 3 до 10 млн. электронвольт (МэВ) с мощностью пучка в диапазоне от 1 до 10 кВт оказывается достаточной для проникновения в продукт, герметично упакованный в готовую к отгрузке тару. Патогенные микробы разрушаются, и вследствие этого происходит стерилизация продукции.

Цель. Целью данной работы было изучение закономерностей дозы-эффекта при облучении симбионта кишечника человека – E.coli, и представителя рода Pseudomonas – близкого родственника синегнойной палочки.

Материалы и методы. Для работы был использован ускоритель электронов УРТ-1.

Результаты. Установлено, что дозовые нагрузки, вызывающие гибель половины клеток двух видов бактерий, были близки и составили около 5 кГр. Эффективность радиационной стерилизации зависит от общей дозы излучения и не зависит от времени. Средняя летальная доза (25 кГр (2,5 Мрад) для микроорганизмов всегда одинакова, проводится ли облучение при низкой интенсивности в течение длительного промежутка времени или недолго при высокой интенсивности излучения.

Выводы. Доза 25 кГр (2,5 Мрад) надежно гарантирует уничтожение высокорезистентных споровых форм микроорганизмов.

БИОСЕНСОРНАЯ ТЕХНОЛОГИЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ КАЧЕСТВА ПРЕПАРАТОВ ГЕПАРИНА

О.Д. Рослякова, Д.И. Чернушевич, А.Д. Доренский, М.Ю. Милосердова
Кафедра естественнонаучных дисциплин
Московский медицинский университет «Реавиз»
Научный руководитель: д.х.н. ***Ю.М. Евдокимов***

Введение. Всемирной Организацией Здравоохранения часто фиксируются случаи выявления препаратов гепарина ненадлежащего качества, содержа-

щих опасные для здоровья пациентов примеси или концентрации действующего вещества, значительно отличающиеся от заявленных. В этой связи наряду с превентивными мерами, направленными на обеспечение соблюдения технологии производства фармацевтических препаратов, представляет интерес разработка технологии определения качества препаратов гепарина перед применением непосредственно в лечебном учреждении.

Цель. Целью данного исследования являлась разработка метода высокоспецифичного анализа препаратов гепарина на предмет наличия примесей, осуществимого в короткие сроки в условиях лечебного учреждения.

Материалы и методы. Для исследования были использованы жидкокристаллические дисперсии ДНК в растворе полиэтиленгликоля в качестве биосенсоров. Для получения оптического сигнала, характеризующего изменения в структуре жидких кристаллов ДНК после внесения исследуемого препарата гепарина, использовался спектрометр кругового дихроизма СКД-2МУФ.

Результаты. В ходе исследования удалось выявить и описать зависимость между изменениями в спектре кругового дихроизма жидкокристаллической дисперсии ДНК и концентрацией гепарина в исследуемом препарате, а также наличием или отсутствием примесей.

Выводы. В результате исследования было установлено, что холестерические жидкокристаллические дисперсии ДНК благодаря их оптическим свойствам могут использоваться как основа для высокочувствительных и высокоспецифичных биосенсоров для определения качества фармацевтических препаратов.

ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ АСИММЕТРИЯ ГОЛОВНОГО МОЗГА И УСПЕШНОСТЬ ОБУЧЕНИЯ В МЕДИЦИНСКОМ ВУЗЕ

Э.А. Саввон

Кафедра медико-биологических дисциплин
Московский медицинский университет «Реавиз»
Научный руководитель: к.б.н. ***О.Е. Павлова***

Введение: Уже в середине двадцатого века врачи и учёные заметили, что для головного мозга человека характерно явление так называемой межполушарной асимметрии. Существуют убедительные доказательства о различной роли левого и правого полушарий в психической деятельности человека. В тоже время оба полушария функционируют во взаимосвязи, внося свою специфику в работу мозга в целом. Это влияет как на выбор профессии, так и на процесс подготовки к ней.

Цель исследования: Изучить особенности профиля функциональной асимметрии у студентов медицинского вуза и успешность обучения в вузе.

Материалы и методы: Для достижения поставленной цели были исполь-

зованы такие методы исследовательской деятельности как теоретические и эмпирические. Нами был проведен теоретический анализ проблемы исследования: анализ научных медицинских статей, учебной литературы. При проведении экспериментального исследования на студентах медицинского вуза были использованы методики: тест И.П. Павлова, методика Арнхейма, тест по Аннет, проба Розенбаха и др.

Результаты: Установлено, что для 25% студентов медицинского вуза характерно доминирование по психической асимметрии левого полушария, для 30% – правого и 45 % студентов являются равнополушарными.

Выводы: Для успешного обучения в вузе студентов-медиков необходимо учитывать доминирующее по психическим функциям полушарие головного мозга, которое определяет восприятие материала, переработку информации, тип интеллекта, особенности мышления, памяти и др.

КАРДИОТРОПНЫЕ ЭФФЕКТЫ МЕЛАТОНИНА В МОДЕЛЬНЫХ ЭКСПЕРИМЕНТАХ НА СЕРДЦЕ RANA RIDIBUNDA

П.И. Саломатин

Кафедра медико-биологических дисциплин

Медицинский университет «Реавиз»

Научный руководитель: к.б.н., доцент ***В.И. Беляков***

Введение. За последние 50 лет накоплено большое количество данных об участии мелатонина в регуляции самых разнообразных клеточных процессов и функций организма. Вплоть до настоящего времени в специализированных (Journal of Pineal Research, Advances in Pineal Research , European Pineal Society News) и др. научных журналах ежегодно появляются новые данные, раскрывающие универсальность и плейотропный характер эффектов данного регулятора.

Одним из перспективных и клинически важных направлений является изучение участия мелатонина в механизме контроля сердечно-сосудистой системы и рассмотрение его кардиопротекторных и стресс-лимитирующих свойств (Раппопорт, Малиновская, 2012).

Материалы и методика исследования. Острые эксперименты проведены на лягушках озерных (Rana Ridibunda). При проведении научной работы соблюдали все биоэтические нормы обращения с лабораторными животными в соответствии с Правилами лабораторной практики в РФ, утверждёнными приказом МЗ РФ № 267 от 19.06.2003 г. После выключения ЦНС Производилась операция по доступу к сердцу лягушки. С помощью фотооптического датчика записывалась механокардиограмма, на которой оценивались: время систолы (с), время диастолы (с), время сердечного цикла (с), частота сердечных сокращений (ЧСС, мин-1), ударный объем (отн. ед.). Запись ЭКГ производилась при помощи электрокардиографа «Альтон-03С» с помощью

игольчатых электродов. На ЭКГ автоматически определялись следующие показатели: продолжительность интервалов R-R (с) и Q-T (с), а также частота сокращений (в 1 мин.).

Результаты исследования. Установлено, что локальные аппликации мелатонина вызывали увеличение продолжительности сердечного цикла и уменьшение частоты сердечного ритма. При этом наблюдался рост такого показателя работы сердца как ударный объем. Отмеченные эффекты можно расценивать как проявление отрицательного хронотропного и положительного инотропного влияния мелатонина.

Обсуждение результатов. Установленные в исследовании данные о модуляции мелатонином адренореактивности сердца, вероятно всего, связано с наличием в тканях самого сердца различных видов рецепторов к мелатонину. К настоящему времени известно о наличие 3-х типов мелатониновых рецепторов: мембранных, цитозольных и ядерных, что обеспечивает высочайшую биологическую активность данному регулятору и его способность влиять на самые разнообразные каскадные внутриклеточные процессы и экспрессию функционально различных белков.

АНТИБАКТЕРИАЛЬНЫЕ СВОЙСТВА НАНОАЛМАЗОВ И ПЕРСПЕКТИВЫ ИХ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ В КАЧЕСТВЕ АНТИБИОТИКОВ НОВОГО ПОКОЛЕНИЯ

С.С. Смирнов, И.А. Колдышева

Кафедра естественнонаучных дисциплин

Московский медицинский университет «Реавиз»

Научный руководитель: к.х.н. ***К.Э.Герман,*** *к.х.н.* ***А.В.Сафонов***

Введение. Ультрадисперсный алмаз, или наноалмаз, – это углеродная структура, имеющая кристаллическую решетку типа алмаза и размеры в пределах 1-10 нм. Одним из видов динамического метода получения наноалмазов является детонационный, когда взрывчатое вещество вместе с реакционной смесью помещается во взрывную камеру. Каждая частица состоит из сверхтвердого инертного ядра, покрытого пористыми оболочками, содержащими аморфный углерод и различные функциональные группы примесей. Благодаря этим особенностям поверхности, наноалмазы имеют высокую сорбционную емкость и группы, на которые можно прививать большое количество биологически активных соединений.

Цель. Целью данной работы являлось изучение токсического воздействия детонационных наноалмазов в условиях хронического эксперимента на клетки прокариотического микроорганизма Pseudomonas putida K12. В результате модифицирования на поверхности УДА-СП появляются дополнительные функциональные группы, включающие атомы O, H, N, Cl.

Материалы и методы. В серии экспериментов были использованы принципиально разные наноразмерные детонационные наноалмазы: исходная шихта сразу после взрыва, алмазы с поверхностью, модифицированной хромом, аминированные, хлорированные.

Результаты. В результате экспериментов установлено, что наноалмазы с модифицированной поверхностью проявляют токсический эффект, при этом влияние немодифицированных частиц не выявлено.

Выводы. Наибольший токсический эффект установлен при добавлении хлорированных и аминированных частиц.

ВЛИЯНИЕ ПИРАЦЕТАМА НА ПОВЕДЕНИЕ КРЫС РАЗНОГО ВОЗРАСТА

Е.А. Травина

Кафедра Физиологии человека и животных

ФГАОУ ВО «Самарский национальный исследовательский университет им. академика С.П. Королева».

Научный руководитель: д.б.н., профессор ***О.А. Ведясова***

Введение. Одной из актуальных проблем современной биомедицины является изучение действия ноотропных препаратов на поведение человека, в т. ч. когнитивные функции мозга [1]. Получение более полной и научно-обоснованной информации о физиологических эффектах и механизмах действия ноотропов предполагает проведение длительных клинико-фармакологических исследований, а также моделирование влияния лекарственных веществ на организм в ходе экспериментов на животных.

Цель. Изучение влияния пирацетама на поведение крыс разного возраста с использованием метода лабиринтов.

Задачи:

1. Определить влияние пирацетама на декларативную и условно-рефлекторную память, а также время поиска пищи у крыс в 8-лучевом лабиринте;
2. Изучить влияние пирацетама на уровень тревожности и исследовательскую активность крыс в крестообразном лабиринте.

Материалы и методы. Исследование выполнено на 24 нелинейных крысах, из которых были сформированы 2 экспериментальные группы (младшая – возраст 3-4 недели, n=6; старшая – возраст 7-8 недель, n=6) и 2 контрольные группы того же возраста по 6 животных в каждой. Крысам экспериментальных групп ежедневно в течение 14 дней интраназально вводили раствор пирацетама (100 мг/кг) в объеме 25 мкл (младшей группе) и 47,5 мкл (старшей группе) в каждый носовой ход. Контрольным крысам вводили дистиллированную воду. До начала, а также на 5, 10 и 15 дни введения пирацетама опытным и дистилированной воды контрольным животным их тестировали

в 8-лучевом и крестообразном лабиринтах.

Результаты. Показано, что у экспериментальных крыс под влиянием введения пирацетама улучшилось пищепоисковое поведение в 8-лучевом лабиринте. В младшей возрастной группе время поиска приманки снизилось уже на 5 день введения на 8%, а в старшей – на 46% по сравнению с контролем. С учетом этого можно считать, что у взрослых крыс пирацетам более заметно, чем у молодых, улучшил декларативную и условно-рефлекторную память.

Одновременно под влиянием пирацетама у крыс снижался уровень тревожности, на что указывает их поведение в крестообразном лабиринте. У крыс младшей группы время пребывания в закрытых рукавах снижалось, а в открытых увеличивалось уже на 10 день введения, причем в опытной группе этот эффект был на 10% больше, чем в контрольной. У крыс старшей группы время нахождения в закрытых рукавах достоверно не менялось, а время пребывания в открытых рукавах возрастало и уже на 5 день эксперимента в опытной группе было на 21,1 с (21%) больше, чем в контрольной. Исследовательская активность опытных крыс в этом тесте под влиянием пирацетама также улучшалась. Наибольшее количество свешиваний в младшей группе отмечалось на 10 день и далее сохранялось на том же уровне. В старшей группе максимальная активность наблюдалась на 5 день, а затем снижалась, что может быть связано с более быстрой утратой реакции на новизну обстановки у взрослых особей.

Наблюдаемые изменения могут быть связаны с двумя механизмами действия пирацетама на структуры головного мозга: путем активации метаболизма [2] и путем изменения активности медиаторных систем, в т. ч. холин- и глутаматергической [3].

Выводы. Пирацетам оказывает возрастно-зависимое положительное влияние на когнитивные функции и исследовательскую активность, а также на эмоциональный статус животных. Ноотропные эффекты 14-дневного введения пирацетама более выражены у крыс старшей возрастной группы.

Используемые источники:

1.Шабанов П. Д., Лебедев А. А., Корнилов В. А. и др. Психофармакологический профиль ноотропоподобных пептидов // Психофармакология и биологическая наркология. 2009. Т. 9. № 1-2. С. 2518-2523.

2.Федин А. И. Пирацетам в лечении инсульта и когнитивных расстройств // Атмосфера. Нервныеболезни: журналдляпрактическихврачей. 2006. № 4. С. 22-28.

3. Winblad B. Piracetam: a review of pharmacological properties and clinical uses. CNS Drug Reviews. 2005. Vol 11. № 2. p. 169–182.

СПЕЦИФИКА ЭЭГ У ПРАВШЕЙ И ЛЕВШЕЙ ПРИ ВООБРАЖАЕМЫХ И РЕАЛЬНЫХ ДВИЖЕНИЯХ НОГ

К.А. Трофимова

Кафедра Физиологии человека и животных

Самарский государственный университет

Научный руководитель: д.б.н., профессор ***О.А. Ведясова***

Введение

Исследования функциональной межполушарной асимметрии (ФМА) очень актуальны, так как все виды деятельности человека в известной степени определяются типом полушарного доминирования, который, однако, очень редко учитывается при обучении и труде. У переученных левшей сохраняется особенная нейродинамика, что может вызывать вегетативные и нейродинамические дисфункции. Учет ФМА также очень важен для решения проблемы нейробиоуправления и создания интерфейса мозг – компьютер, где пока недостаточно внимания уделяется различиям в мозговой активности у правшей и левшей [1].

Цели и задачи

Цель – анализ пространственной картины ритмов ЭЭГ у правшей и левшей при воображении и выполнении движений ведущей и неведущей ногами.

Материалы и методы

Обследовано 20 студентов (10 левшей и 10 правшей) 18-22 лет. Тип ФМА определяли по коэффициенту праворукости (Кпр). ЭЭГ регистрировали на нейровизоре NVX 36 digital DC EEG в отведениях согласно международной схеме «10–20» униполярно, рефферентный электрод закрепляли на ухе. Схема записи ЭЭГ: покой; воображение статического и динамического усилия правой, затем левой ногой; реальное выполнение статического и динамического усилия правой, затем левой ногой. Анализировали карты спектральной мощности ЭЭГ и амплитуды основных ритмов (α-, β-, δ-, θ-). Корреляционные связи между амплитудой ритмов и Кпр определяли по Спирмену.

Результаты

У правшей изменения спектральной мощности ритмов ЭЭГ при реальных действиях ногами выражались в лабильности типов ЭЭГ, при этом у большинства лиц отмечались I и II типы. У левшей спектры ЭЭГ были более стабильны, во всех условиях у них наблюдались I и III типы ЭЭГ в отношении 4:1. Анализ α-, β-, θ- и δ-ритмов показал снижение их амплитуды при воображении и выполнении движений, выраженность этого эффекта нарастала по мере увеличения сложности двигательных задач и была сильнее в правом полушарии у правшей. Это соответствует литературным данным о том, что в процессе регуляции произвольных движений у правшей формируются локальные функциональные системы, а у левшей – диффузные системы, с уча-

стием обоих полушарий [2].

Корреляционный анализ выявил отрицательную связь между Кпр и амплитудой ритмов ЭЭГ, которая снижалась по мере усиления доминирования левого полушария. У правшей наблюдалась корреляция Кпр с амплитудой низкочастотных ритмов ЭЭГ, у левшей – выскочастотных. По мере снижения Кпр у правшей увеличивалась амплитуда θ-ритма, особенно заметно при воображаемом динамическом движении ведущей ногой, а у левшей нарастала амплитуда α- и β-волн, особенно выражено при реальном статическом усилии неведушей ногой. Наибольшие коэффициенты корреляции наблюдались у левшей при реальных движениях правой ногой, что отражает высокий уровень напряжения у правополушарных лиц при использовании неведущей конечности.

Выводы

1. У правшей и левшей при программировании и выполнении движений ведущей и неведущей ногами наблюдаются различия в пространственном, в т.ч. межполушарном, распределении ритмов ЭЭГ в стандартных частотных диапазонах.

2. Выполнение двигательных задач вызывает у правшей и левшей неоднозначные изменения спектральной мощности ЭЭГ, что проявляется формированием у них разных типов ЭЭГ.

Список литературы

1. Бобров П.Д. и др. Байесовский подход к реализации интерфейса мозг–компьютер, основанного на представлении движений // Журн. высш. нерв. деят. им. И.П. Павлова. 2012. Т. 62, № 1. С.89-99.

2. Аганянц Е.К. и др. Электрофизиологические корреляты центральных программ при решении простых моторных задач у лиц с различным профилем асимметрии // Теор. и прак. физ. культуры. 1999. № 3. С. 43-46.

РЕСПИРАТОРНЫЕ РЕАКЦИИ ПРИ МИКРОИНЪЕКЦИЯХ ОКСИТОЦИНА В КОМПЛЕКС БЕТЦИНГЕРА У КРЫС

И.Г. Федотова, А.Е. Бикмурзина

Кафедра физиологии человека и животных

ФГАОУ ВО «Самарский национальный исследовательский университет имени академика С.П. Королева»

Научный руководитель: д.б.н., профессор ***О.А. Ведясова***

Среди нейропептидов, участвующих в модуляции нейрональной активности дыхательного центра (ДЦ), определенную роль играет окситоцин (ОТ). ОТ поступает в ростральную область ДЦ по аксонам ОТ-ергических нейро-

нов паравентрикулярного ядра гипоталамуса [1] и, действуя на нейроны комплекса пре-Бетцингера, модулирует дыхание по тормозному типу. Что касается другого ростро-вентрального отдела ДЦ – комплекса Бетцингера (КБ), то на его уровне респираторная активность ОТ практически не исследована.

Цель данного исследования заключалась в изучении участия ОТ в механизмах регуляции дыхания на уровне комплекса Бетцингера у крыс.

Были поставлены острые опыты на 6 беспородных самках крыс массой 180-250 г, наркотизированных уретаном (1,5 мг/кг, внутрибрюшинно), у которых регистрировали изменения паттерна внешнего дыхания при микроинъекциях ОТ в КБ. Раствор ОТ вводили в концентрации 10-3 М в объеме 0,2 мкл через стеклянную микроканюлю при помощи микрошприца МШ-1. Респираторные эффекты оценивали методом спирографии и электромиографии (ЭМГ) диафрагмальной мышцы.

Из результатов исследования следует, что в начальные сроки экспозиции после микроинъекции ОТ в КБ происходили изменения только частотных параметров паттерна внешнего дыхания. Проявлялась тенденция уменьшения частоты дыхания на 7% ($p < 0,01$), что происходило за счет пролонгирования экспираторной фазы на 10,3% ($p < 0,05$) и незначительного увеличения длительности инспираторной фазы. В отставленные сроки экспозиции респираторные реакции на действие ОТ приобретали противоположный характер, а именно отмечалось уменьшения длительности выдоха (на 14,3%; $p < 0,001$), тогда как вдох, напротив, удлинялся (на 14,1%; $p < 0,01$). Кроме того, ближе к концу экспозиции наряду с частотными параметрами начинали изменяться и объемные показатели паттерна дыхания. Так, на 30-й минуте наблюдалось увеличение легочной вентиляции, что было обусловлено как приростом частоты дыхания (на 8,2%; $p < 0,05$) так и увеличением, причем в большей степени, глубины дыхания (на 26,7% ($p < 0,001$). Что касается изменений залповой активности диафрагмы, то после введения ОТ в КБ на первых минутах экспозиции на ЭМГ отмечалось закономерное увеличение межзалповых интервалов (на 9,9%; $p < 0,01$), соответствующих активности экспираторных нейронов, а на конечных сроках регистрации наблюдалось увеличение длительности инспираторных залпов (на 8,9%; $p < 0,05$), что отражает усиление разрядов спинальных мотонейронов дыхательной мускулатуры.

Таким образом, ОТ на уровне КБ включен в процессы регуляции частотных и объемных параметров внешнего дыхания, возможно, за счет модулирующего активирующего влияния на экспираторные и тормозящего – на инспираторные нейронные механизмы.

Литература:

1. Kc P. Modulation of cardiorespiratory function mediated by the paraventricular nucleus // Respir. Physiol. Neurobiol. 2010. Vol. 174. № 1-2. P. 55-64.

АЭРОПАЛИНОЛОГИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ В Г. САМАРА

Л.Р. Хабибулина
Кафедра Внутренних болезней
Медицинский университет «Реавиз»
Научный руководитель: д.м.н. ***М.В. Манжос***

Введение. Существует прямая зависимость между распространением поллиноза, выраженностью симптомов заболевания и содержанием в воздухе пыльцы определенных растений. Видовой состав пыльцы в атмосфере определяется характером региональной флоры.

Целью работы было изучение особенностей аэропалинологического спектра в г. Самара.

Материалы и методы. Аэропалинологические исследования проведены в вегетационный период 2013-2014 гг. – с апреля по октябрь. Пыльцу улавливали волюметрическим методом на предметные стекла, покрытые смесью вазелина и воска. В полученных препаратах подсчитывали пыльцевые зерна и определяли их принадлежность к различным систематическим группам.

Результаты. Продолжительность сезона пыления составила 6 месяцев (апрель-сентябрь). В воздушном бассейне г. Самара зарегистрировано 21 (2013 г.) и 20 (2014 г.) пыльцевых типов. Количественно преобладала пыльца древесных растений (64%). Зарегистрировано три периода нарастания концентрации пыльцы: весенний, летний и летне-осенний. Основными таксонами в весенний период палинации в 2013 г была пыльца тополей – 41% и березы – 27%, в 2014 г. – ивы и клена – 35% и 25%, соответственно. Удельный вес пыльцевых зерен березы в 2014 г составил 24% за данный период. В летний период палинации доминировала пыльца сосны – 35% (2013 г.) и 37% (2014 г.), злаков – 30% (2013 г.) и 32% (2014 г.) и березы – 22% (2013 г.) и 18% (2014 г.). В летне-осенний период палинации в 2013 г преобладали пыльцевые зерна амброзии и полыни – 63% и 10%, соответственно, в 2014 г – амброзии и крапивы – 44% и 24% от общего числа пыльцевых зерен за данный период, соответственно. Удельный вес пыльцы полыни в 2014 г. составил 13%. По результатам исследования составлен календарь пыления для г. Самара.

Выводы. Выявлены региональные особенности аэропалинологического спектра, характерного для г. Самара. С учетом составленного календаря пыления в регионе планируются лечебные и профилактические мероприятия у больных поллинозом.

КУЛЬТИВИРОВАНИЕ БИОМАССЫ МИКРООРГАНИЗМОВ ДЛЯ ПОЛУЧЕНИЯ ВИТАМИННЫХ И МИКРОЭЛЕМЕНТНЫХ КОМПЛЕКСОВ

Д.И.Чернушевич, А.Д.Доренский, В.А. Ильин
Кафедра естественнонаучных дисциплин
Московский медицинский университет «Реавиз»
Институт физической химии и электрохимии им. А.Н. Фрумкина РАН
Научные руководители: зав. кафедрой к.х.н. ***К.Э. Герман,***
ст.научн.сотр. к.х.н. ***А.В. Сафонов***

Введение. Известно, что бактериальные клетки содержат большое количество ценных витаминов, включая A и D, рибофлавин, аскорбиновую кислоту, цианкобаламин (B12), и их можно культивировать с достаточной быстротой, эффективностью и невысокой стоимостью работ. Помимо этого, они способны поглощать из среды различные металлы.

Цель. Цель данной работы – обзор состава микробной биомассы для получения витаминных и микроэлементных комплексов.

Материалы и методы. Каротиноиды – это изопреноидные соединения, синтезирующиеся многими пигментными микроорганизмами из рода Aleuria, Blakeslea, Corynebacterium, Flexibacter, Fusarium, Halobacterium, Phycomyces, Pseudomonas, Rhodotorula, Sarcina, Sporobolomyces и др. В качестве продуцентов каротиноидов можно использовать бактерии, дрожжи, мицелиальные грибы. Более часто применяют зигомицеты Blakeslea trispora и Choanephora conjuncta. Штаммы этих видов при совместном культивировании могут образовать 3-4 г каротина на 1 л среды.

Результаты. В ходе работ было установлено, что исследуемая биомасса содержала фолиевую кислоту (0,5 мкг/г), ниацин (118 мкг/г), инозитол (350 мкг/г), биотин {0,012 мкг/г) и аскорбиновую кислоту (2120 мкг/г).

Выводы. Рибофлавин, или витамин B2, содержится в клетках различных микроорганизмов. Поэтому в качестве продуцентов рибофлавина (флавопротеинов) могут использоваться бактерии, дрожжи и нитчатые грибы. Однако наиболее заманчивыми являются те штаммы, которые образуют на жидких средах 0,5 г и более рибофлавина в 1 л среды. К подобным организмам относятся Ashbyii gossypii, Eremothecium ashbyii и Candida guilliermondii.

ПЬЯНСТВО ЕСТЬ УПРАЖНЕНИЕ В БЕЗУМИИ

В.А. Чеснокова
МАОУ «Медико-биологический лицей»
Научный руководитель ***Л.А. Костянчук***

Об опьяняющих свойствах спиртных напитков люди узнали не менее чем за 8000 лет до н.э. Первым алкогольным напитком, по всей видимости, было

вино. Но открытие технологии изготовления спирта сильно ускорило темпы распространения алкоголизма, ведь крепость алкогольных напитков сильно возросла по сравнению, например, с вином.

Средний россиянин возрастной группы от 15 лет и старше за год выпивает чуть более 10 литров «абсолютного» алкоголя. Однако эта статистика не учитывает «левую» водку, а также «спиртосодержащую аптечно-парфюмерную продукцию». По мнению экспертов, реальные цифры превышают официальную статистику в 1,5-2 раза.

Еще страшнее то, что диагноз алкоголизм ставится уже подросткам 12-14 лет. Для сравнения в 1991-92-х годах подростков, страдающих алкоголизмом, в статистических данных не было. И это еще не все. В России, оказывается, сегодня регулярно употребляют алкогольные напитки 11,5 тысяч детей, из них более 160 в возрасте от 10 до 14. Приведенные показатели рассчитывались исходя из числа обратившихся в медицинские учреждения. Понятно, что истинные цифры значительно выше.

Проблема подросткового алкоголизма носит угрожающий характер. По последним данным социологических исследований 82% молодых людей в возрасте 12-22 лет употребляют алкогольные напитки. А также стоит отметить, что развитие алкоголизма в подростковом возрасте происходит в несколько раз быстрее, чем у взрослого человека. Чаще всего подростки, регулярно употребляющие алкоголь, не видят проблемы в своем пристрастии к спиртному и отрицают все опасения близких, обеспокоенных их пристрастием к пьянству. А между тем осознание проблемы – основное, наравне со скоростью обращения за наркологической помощью, условие в лечении алкоголизма у молодых людей.

Цель моей работы: исследование современных подходов к проведению системы профилактики алкоголизма и разработка программы по предотвращению алкоголизма в условиях современного общеобразовательного учреждения.

Для достижения цели необходимо решить следующие задачи:

• Сбор и анализ научной литературы;

• Проведение социологического опроса;

• Разработка лекций и опытов, наглядно подтверждающих вред алкоголизма;

• Обработка полученного материала;

• Создание антиалкогольной программы

На основе выше сказанного ожидаемые результаты:

• Разработать антиалкогольную программу «Быть здоровым стильно, классно».

Для того чтобы действительно как-то изменить или решить проблему подросткового алкоголизма, необходимо найти не только внешний, но и внутренний подход. Для этого нами была разработана антиалкогольная программа

«Быть здоровым стильно, классно», которая даёт нам возможность комплексного решения данной проблемы.

Мы говорим о проблеме детей-подростков, у которых основные понятия и приоритеты жизни складываются в семье, поэтому очень важно, чтобы родители вовремя смогли почувствовать угрозу данной проблемы над своим ребёнком и искоренить её. Для этого в свою программу мы включили обучающие семинары для родителей. Где с ними работают классные руководители, психолог, а также врач нарколог. С родителями проводятся разноуровневая работа: лекции, тренинги, семинары, на которых они могут получить ответы на интересующие их вопросы и советы по работе со своим ребёнком.

Очень важно, чтобы в решении проблемы участвовали и сами дети. Для этого нами были созданы и обучены группы детей для проведения классных часов и опытов. При обучении групп участвовала я, мой научный руководитель и врач нарколог.

Программа разрабатывалась с учётом разных возрастных категорий детей. Поэтому в ней были задействованы классы младшего, среднего и старшего звена.

Как уже было сказано выше, я попыталась, на сколько это возможно, разносторонне подойти к решению данной проблемы на примере моего учебного заведения. В лицее данная проблема не выявлена. Но это не говорит о том, что мы должны сидеть в бездействии. Наоборот, мы должны искоренять всевозможные проявления этой угрозы и предлагать новые, актуальные пути её решения.

НЕДОСТАТКИ КОМПОЗИТНЫХ МАТЕРИАЛОВ В СТОМАТОЛОГИИ НА ПРИМЕРЕ ФОТОПОЛИМЕРНЫХ ПЛОМБ

А.О. Четвергов

Кафедра естественно-научных дисциплин
Саратовский медицинский университет «Реавиз»
Научный руководитель: к.т.н., доцент ***С.С. Синькеев***

Фотополимерами, для лечения зубов, начали пользоваться около 50 лет назад, однако «пик» популярности они приобрели лишь в конце 20 века.

Обычно в состав фотополимерной матрицы входит несколько олигомеров, таких как Бис-ГМА, ТГМ, ЭПО, УДМА и т.п., мономеры АК, МАК, фотоинициаторы и активаторы.

Что же такое олигомеры? Олигомер – молекула в виде цепочки из небольшого числа одинаковых составных звеньев. Этим олигомеры и отличаются от полимеров, где число звеньев теоретически не ограничено.

Многофункциональность олигомеров обеспечивает сетчатый характер структуры. А введение уретановых групп позволяет добиться хорошей глу-

бины отверждения.

Наличие бензольных ядер дает макромолекулам дополнительную жесткость.

Ациклические цепи, такие как уретанакрилата и УДМА, обеспечивают высокую молекулярную массу, которая предостерегает от усадки.

К недостаткам и ограничениям фотополимерных стоматологических материалов относятся:

во-первых, усадка во время полимеризации (ее степень варьирует от 5 до 0,8%) и сопутствующие внутренние напряжения, а также недоотверждение и сопутствующие проблемы с вымыванием мономеров. Это из-за того, что фотополимерные материалы в чистом виде, которые не перетерпели хемо- или термополимеризации, отверждаются не полностью.

Можно сказать, что проблема невелика, если стоит небольшая пломба, но если пломба большая, то с ее размером повышается риск отрыва пломбы и возникновения кариеса под ней;

во-вторых, максимальная степень фотоотверждения – 70-80%, ограничивает возможности по прочности и химической стойкости, а недоотвержденные вещества, отрицательно сказываются на здоровье. Также, несмотря на успехи в борьбе с усадкой, она влияет на долговечность пломб, из-за этого срок эксплуатации таких пломб сейчас оценивается в 4-8 лет, что даже в сравнении с амальгамными пломбами очень немного;

в-третьих, все фотопломбы, при длительном использовании, вступают в реакцию со слюной и прочими жидкостями;

Также фотопломбы нельзя ставить при сильном кариесе, однако, это решается тем, что применяются специальные коронки и вкладки, но при большом разрушении, только коронки.

в-четвертых, у них есть незначительный эстетический минус, фотопломбы выделяются при фиолетовом освещении;

в-пятых, цена, хотя сложно однозначно сказать, сколько стоит фотопломба, ведь по химическому составу, размеру они различны. Средняя цена колеблется от 900 до 3000 рублей, что заметно отличается от расценок на композиты химического отверждения В последнее время степень отверждения и характеристики композита поднимают использованием систем совместного отверждения – фото- и химического или фото- и термического.

У фотополимерных пломб отсутствует определенная рецептура, каждая компания делает их по-своему, и соответственно меняются физико-химические и технологические параметры пластмасс.

Секция 3.
МОРФОЛОГИЯ И ПАТОЛОГИЯ. СТОМАТОЛОГИЯ

КОСТНАЯ ПЛАСТИКА

Г.Г. Думиника
Кафедра стоматологии
Медицинский университет «Реавиз»
Московский медицинский университет «Реавиз»
Научный руководитель: к.м.н., ст.преподаватель ***Е.Ю. Дьячкова***

Введение

Проблема лечения пациентов с адентией нижней челюсти, сопровождающейся атрофией альвеолярной части нижней челюсти остаётся актуальной в практике хирурга-стоматолога и челюстно-лицевого хирурга, несмотря на широкий выбор костезамещающих материалов и множество хирургических техник.

Цель исследования

Повышение эффективности хирургического лечения пациентов с адентией и атрофией нижней челюсти на основании применения коллагенсодержащего материала «Коллост» и аутокости.

Материалы и методы

На базе стоматологических поликлиник частного профиля 2 пациентам с частичной вторичной адентией нижней челюсти и атрофией альвеолярного отростка после стандартного обследования и по результатам компьютерной томографии выполнена операция костная пластика с применением аутокости, установка дентальных имплантатов и малых мембран Коллост (15х15 мм). В процессе операции, с разрешения пациентов, выполнялась фотосъемка.

Результаты исследования

Послеоперационный период без особенностей. Швы сняты на 7-е сутки. При проведении контрольных осмотров и лучевых методов исследования через 1 месяц и через 6 месяцев определялось появление новообразованной кости, достаточной плотности для проведения дальнейшего этапа ортопедической реабилитации.

Выводы

Применение мембран коллагенового материала Коллост целесообразно при проведении костной пластики и в сочетании с аутокостью даёт отличные результаты хирургического лечения.

ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЕ МУЛЬТИМОДАЛЬНОЕ ОБЕЗБОЛИВАНИЕ В ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ХИРУРГИИ

Д.А. Кибардин

Медицинский университет «Реавиз»

Научный руководитель ***С.А. Пряников***

Недостаточная эффективность послеоперационной аналгезии является актуальной для современной клинической медицины, основными причинами которой являются организационные проблемы, несоблюдение принципа многоуровневого лечения боли, трудность оценки боли, недостаток знаний у медицинского персонала. Современная концепция послеоперационного обезболивания предусматривает воздействие на все звенья ноцицептивной системы - трансдукцию, трансмиссию, модуляцию и перцепцию, однако у большинства пациентов отделений челюстно-лицевой хирургии основным методом послеоперационного обезболивания является рутинное внутримышечное введение метамизола, наркотических аналгетиков и нестероидных противовоспалительных препаратов. Операции на челюстно-лицевой области относят к высокотравматичным, поэтому возникновение выраженного послеоперационного болевого синдрома приводит к гиперактивации симпатической нервной системы и сопровождается тахикардией и повышением периферического сосудистого сопротивления. Кроме того, на фоне избыточного воспаления и отека оперированных тканей могут нарушаться репаративные процессы с развитием послеоперационных осложнений.

Целью работы явилось изучение опыта применения метода продленной проводниковой блокады (ППБ) второй и третьей ветвей тройничного нерва для обезболивания в послеоперационном периоде, применяемого в отделении челюстно-лицевой хирургии Клиник СамГМУ по методике П.Ю. Столяренко. Сущность метода заключается в проведении внеротовой аналгезии с последующим введением периферического внутривенного катетера (размером 22 или 24G), через который вводится местный анестетик. Под нашим наблюдением находилось 9 пациентов в возрасте от 18 до 49 лет после синусотомии (2 чел), репозиции отломков нижней челюсти (5 чел), секвестрэктомии и костно-пластического вмешательства по поводу нижней прогнатии – по одному человеку. ППБ начинали сразу в послеоперационном периоде до появления болевых ощущений – вводили по 2,0-3,0 2% лидокаина, что позволяло блокировать боль не только в покое, но и при кашле, перевязках. Исследование длительности болеутоляющего эффекта показало, что в первые сутки он составил 4,5 часа, во вторые – 6,2 часа, в третьи – до 8 часов, что позволяло составлять индивидуальную программу послеоперационного обезболивания. Кроме того, преимуществами ППБ считаем обеспечение длительной послеоперационной аналгезии без назначения наркотических анальгетиков, угнетающих дыхание и кашлевой рефлекс; ограничением расслаб-

ления мускулатуры лишь зоной распространения анестетика (жевательные мышцы); достаточный экономический эффект; возможность безболезненных перевязок, коррекции прикуса, подведения антибиотиков, а также предотвращение вторичного смещения отломков и улучшение периферического кровообращения в зоне операции.

Таким образом, в челюстно-лицевой хирургии для обеспечения полноценной защиты больного от операционной травмы необходим мультимодальный подход, предусматривающий торможение ноцицепции на всех уровнях, начиная от зоны операционной раны, до высших отделов ЦНС. Важным и эффективным компонентом адекватной ноцицептивной защиты является метод ППБ 2-й и 3-й ветвей тройничного нерва. Простота метода и его преимущества позволяют рекомендовать его в условиях любого стационара ЧЛХ, а также по показаниям в травматологическом и реанимационном отделениях.

ОЦЕНКА ЭМОЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ПАЦИЕНТА ПРИ ПОСЕЩЕНИИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО КАБИНЕТА

Л.С. Поветкина

Медицинский университет «Реавиз»

Научный руководитель к.м.н., доцент ***Е.В. Юрченко***

Дентофобия (стоматофобия) – нерациональное прогрессирующее чувство непреодолимого страха перед стоматологическими процедурами, с активным проявлением физиологических и психологических реакций.

Бытует мнение, что большинство жителей нашей планеты испытывают тревогу или страх при посещении стоматологического кабинета, что негативно влияет на качество их здоровья.

Стойкаядентофобия, зачастую, является следовой травматической реакцией полученной в детстве. Такое может произойти в результате некорректного поведения врача, либо из-за болезненности проводимых ранее манипуляций.

Работа анализирует результаты анкетирования 50 пациентов, из которых: мужчин – 24, женщин – 26. Возраст анкетируемых был различен (от 18 до 60 лет). Выборка интервьюированных была случайной. Опрос проведен во время профилактического осмотра у врача стоматолога на базе лечебного учреждения ГБУЗ СО СГП №6 г. Самары. В работе использовалась анкета для определения отношения людей к лечению у врача-стоматолога. В анкету были включены вопросы шкалы стоматологической тревожности Кораха DAS (1969). DAS- Dentisanxietyscale – дентальная шкала тревожности. Вопросы были сопоставимы со шкалой Франкла – объективная оценка тревожности детей на стоматологическом приеме (1962). Шкала Кораха содержит 4 вопроса, за счет краткости удобна в работе, поэтому опрос был не трудоемким. Данные статистически обработаны.

Результаты оценки эмоционального состояния свидетельствуют о том, что действительно существует проблема. Этой проблемой являются тревога и страх перед стоматологическими манипуляциями. Настоящие исследования помогут нацелить врачей на эффективность оказания медицинской помощи населения, оптимизировать работу врача, сделать её клиентоцентрированной.

Все это повысит качество оказания зубоврачебных услуг и сделает максимально комфортным присутствие пациента в кресле.

ОЦЕНКА УРОВНЯ ТВОРЧЕСКОГО ПОТЕНЦИАЛА У СТУДЕНТОВ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ФАКУЛЬТЕТА

Е.Н. Тарасюк

Кафедра стоматологии

Медицинский университет «Реавиз»

Научный руководитель к. м. н., доцент ***Е.В. Юрченко***

Творческий потенциал – это сложная интегральная личностно-деятельностная характеристика, присущая человеку, включающая в себя мотивационные, интеллектуальные, саморазвивающиеся компоненты. Они отражают совокупность личностных качеств и способностей, психологических состояний, знаний, умений и навыков, необходимых для осуществления личностью творческой деятельности и достижения высокого уровня развития, благодаря актуализации своих сил и возможностей в реальной созидательной практике.

Работа посвящена определению уровня творческого потенциала. Проводилось анкетирование и анализ данных, полученных в результате опроса. Было опрошено 100 учащихся, из которых: мужчин – 53, женщин – 47. Возраст анкетируемых был различен (от 18 до 35 лет). Выборка интервьюированных осуществлялась с 1-го по 5-й курс очной формы обучения стоматологического факультета МУ «Реавиз». Опрос проведен на базе лечебно-учебного центра профессора Шумского г. Самары. В работе использовалась анкета для определения уровня творческого потенциала, предложенная Л.М. Ломиашвили (2004). В анкету были включены вопросы по определению степени амбициозности, постоянства, зрительной и слуховой памяти, абстрагирования, любознательности т.д. Данные вручную статистически обработаны.

Результаты исследования позволили выявить положительную динамику развития творческого потенциала студентов. Некоторые качества проявляются, усиливаются на старших курсах обучения. На основании полученных данных, можно судить о том, что большинство обучающихся очной формы стоматологического факультета МУ «Реавиз» относятся к категории людей, имеющих тенденцию к росту и усилению способностей в дальнейшей клинической деятельности.

Секция 4.
АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ КЛИНИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ

ЭССЕНЦИАЛЬНАЯ ТРОМБОЦИТЕМИЯ, ОСЛОЖНИВШАЯСЯ ПОВТОРНЫМИ ИШЕМИЧЕСКИМИ ИНСУЛЬТАМИ, В ОБЩЕКЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

А.А. Авдеева

Медицинский университет «Реавиз»

Научный руководитель: к.м.н., доцент ***Н.С. Пожиленко***

Введение. Эссенциальная тромбоцитемия или хронический мегакариоцитарный лейкоз является одной из форм хронических миелопролиферативных заболеваний, для которой характерен гипертромбоцитоз в крови. Распространенность данного заболевания в США составляет 3 случая на 100 000 взрослого населения с ежегодной регистрацией около 6 000 новых заболевших. Средний возраст пациентов на момент установки диагноза – 65-70 лет, хотя описаны случаи заболевания у молодых лиц (около 20% - моложе 40 лет) и даже детей (1 случай на 10000000 населения). Соотношение мужчин и женщин – 1,5:2. С гипертромбоцитемией связана склонность к развитию тромбозов. При этом наблюдающаяся нередко повышенная кровоточивость обусловлена нарушенной агрегацией тромбоцитов, ДВС-синдромом. В случае своевременной диагностики это заболевание имеет благоприятное течение, так как существуют эффективные цитостатические средства, подавляющие гиперпродукцию тромбоцитов, а, следовательно, предотвращающие тромбозы.

Цель и задачи. Изучить актуальность и диагностическую значимость тяжелого течения эссенциальной тромбоцитемии.

Материалы и методы. Клинико-лабораторные методы исследования пациента неврологического отделения Самарской Городской клинической больницы №2 имени Н.А. Семашко.

Результаты. Диагноз эссенциальной тромбоцитопении был поставлен после клинико-лабораторного исследования только после третьего острого нарушения мозгового кровообращение по ишемическому типу. В ходе заболевания пациента дважды госпитализировали в хирургическое отделение в связи с инфарктом селезенки и гематомой забрюшинного пространства. Течение болезни также осложнялось носовым и почечным кровотечениями, приведшими к анемии. Так как диагноз эссенциальной тромбоцитемии данному пациенту был поставлен поздно, незамедлительно начавшаяся патогенетическая терапия не смогла предотвратить летальный исход.

Выводы. Своевременные диагностика и лечение миелопролиферативных заболеваний может предотвратить грозные осложнения эретремии и эссенциальной тромбоцитемии.

РАССЕЯННЫЙ СКЛЕРОЗ: СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД ЭТИОЛОГИИ И ЭПИДЕМИОЛОГИИ

В.В. Белая, В.А. Ляховец

Гомельский государственный медицинский университет

Научный руководитель к.м.н., доцент ***Н. Н. Усова***

Введение: в настоящее время в структуре неврологической заболеваемости рассеянный склероз (РС) занимает одно из ведущих мест и представляет собой важную медико-социальную проблему в связи с большим распространением среди молодого трудоспособного населения, быстрым прогрессированием и высокой инвалидизацией.

Цель исследования: рассмотреть проблему распространения и заболеваемости РС, а также сравнить клинико-эпидемиологические изменения ситуации в мире в прошлом и настоящем веках.

Материалы и методы: теоретический анализ проблемы в научной литературе.

Результаты и обсуждения: Рассеянный склероз (син. множественный склероз, sclerosisdisseminata) — хроническое, прогрессирующее, мультифакториальное, генетически детерминированное, аутоиммунное заболевание, характеризующееся многоочаговым поражением белого вещества центральной нервной системы и развивающееся у лиц молодого и среднего возраста. РС страдают люди любого возраста, в том числе дети и подростки, доля которых составляет 7–10%. Средний возраст начала РС составляет 29 лет. У мужчин РС начинается на 2–3 года позже, чем у женщин.

Анализ показателей во всем мире указывает на то, что среди новых случаев РС (по заболеваемости) соотношение женщин и мужчин среди всех больных в среднем изменилось с 1:8 в 1985 г. до 2:5 в 2013 г., а в последние годы стало еще выше. При изучении частоты РС у детей также отмечалось увеличение доли пациентов, у которых первые симптомы РС появляются в возрасте до 16 лет (с 5–7% до 10–15%).

РС имеет неравномерную распространённость в разных географических широтах. В зависимости от показателей распространенности РС выделяют три зоны:

Ø зона высокого риска с частотой заболевания более 50 на 100 000 населения включает Северную и Центральную Европу, юг Канады и север США, юг Австралии и Новую Зеландию.

Ø зона среднего риска имеет частоту заболевания 10–50 на 100 000 насе-

ления и объединяет центр и юг США, Гавайские острова, северную Скандинавию, Южную Европу, Израиль, белое население Южной Африки, север и запад Украины, европейскую часть России, Дальний Восток.

Ø зона низкого риска с частотой 10 и менее на 100 000 населения включает Азию, север Южной Америки, Аляску, Гренландию, острова Карибского моря, Мексику, большую часть Африки, Ближний и Средний Восток.

Республика Беларусь относится к зоне высокого риска развития данной патологии (около 100 пациентов на 100 000 населения).

Изменения клинико-эпидемиологической картины РС в XX и XI веках:

• ранее РС болели преимущественно лица европейской расы, есть этнические группы (эскимосы, народности Крайнего Севера, индейцы и коренные жители центральной Африки), у которых РС не встречался. В настоящий момент РС встречается практически во всех этнических группах, но в некоторых крайне редко; при низкой распространенности выше процент тяжелых вариантов течения РС.

• возрастает количество случаев семейного РС.

• отмечается увеличение заболеваемости РС среди женщин (соотношение женщин к мужчинам достигает до 2 : 5).

• на данный момент РС можно смело назвать болезнью молодых лиц, так как дебют заболевания всё чаще начинается уже с 16 лет.

• на фоне использования современных препаратов частота обострений при ремитирующем РС снижается от 1-2 до 0,2-0,5 в год.

• снижается встречаемость первично-прогрессирующего течения РС с 15-20% до 7-10% от всех случаев.

Вывод: можно отметить практически повсеместное повышение показателей распространенности и заболеваемости РС в этом веке, что связано не только с существенным повышением возможностей его эффективного лечения, но и, вероятно, с изменением взаимодействия экзогенных и эндогенных факторов, особенно у женщин. В исследованиях внешних факторов в этиологии РС (аналитическая эпидемиология) неоднократно отмечалось, что воздействие различных факторов в возрасте до 15 лет более существенно влияет на вероятность развития этого заболевания.

ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ И ИСХОД РОДОВ У ЖЕНЩИН С ВЫСОКИМ И НИЗКИМ УРОВНЯМИ ТРЕВОЖНОСТИ

В.В. Белая, В.А. Ляховец

Гомельский государственный медицинский университет

Научный руководитель ассистент кафедры ***В.И. Калачёв***

Введение. Качество здоровья беременных женщин неуклонно снижается. Это указывает на необходимость поиска резерва здоровья по различным на-

правлениям. Одним из многообещающих направлений является исследование психоэмоционального (ПЭ) статуса беременной и ее адаптационных возможностей в развитии акушерских осложнений. Хотя, в структуре причин акушерских осложнений, сами акушеры отводят ПЭ нарушениям незначительную роль.

Цель: Изучение тревожности у беременных, ее значение и возможность влияния на течение беременности и исход родов.

Материалы и методы. Исследование проводилось на базе ГГКБ № 2. Материалом исследования послужили 34 истории родов женщин в возрасте 18-38 лет. Для определения уровня тревожности всем женщинам проводилось тестирование по методикам: Спилберга-Ханина (шкала ситуативной (ЛТ) и личностной (ЛТ) тревожности, 1983г.), методика Дж. Тейлора «Шкала тревожности» в модификации В. Г. Норакидзе, 1975г., госпитальная шкала тревоги и депрессии (Zigmond A.,Snaith R.,1983г.), «Тест отношений беременной» (Добряков, 2003г.).

Результаты и их обсуждение. Средний возраст беременных составляет 28,6±9,4, из них первородящих – 14 (41%), повторнородящих – 20 (59%). Из полученных данных по шкале Спилберга-Ханина можно отметить, что ЛТ (17%) значительно превышала СТ (3%), особенно это заметно в группе с высокой тревожностью. По госпитальной шкале тревоги и депрессии высокий уровень тревожности составил 10 (30%). По «шкале тревожности» Дж. Тейлора высокий и средний уровень тревожности составили 12 (35%) и 13 (38%) соответственно. При изучении теста отношений беременной оптимальный тип доминанты имели большинство женщин в группе низкого и среднего уровня тревоги. В группе высокой тревоги только одна беременная имела оптимальный тип доминанты, остальные поровну – эйфорический и тревожный тип. При анализе историй родов в соответствии с уровнями тревожности были получены результаты: количество осложнений беременности (ХФПН, первичная слабость родовой деятельности, угроза преждевременных родов и прерывания беременности, маловодие, многоводие) доминирует в группе низкого уровня тревожности - 22 (64%) (по Спилбергу-Ханину), в остальных группах осложнения распределились без видимой закономерности. Все новорождённые по шкале Апгар 8/8-8/9.

Выводы:

1. Более осложнённое течение беременности и родов при высокой тревожности не подтвердилось.

2. Вопреки ожиданиям, беременность чаще осложнялась в группе низкого уровня тревоги.

3. Несомненно, что комфортная беременность и успешные роды – залог повторных беременностей, поэтому тревожность, несомненно, надо корректировать.

ДИНАМИКА СПИРОМЕТРИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У БОЛЬНЫХ ОБСТРУКТИВНЫМИ И НЕОБСТРУКТИВНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЛЁГКИХ

М.Н. Большакова

Кафедра внутренних болезней

Саратовский медицинский университет «Реавиз»

Научный руководитель: к.м.н., доцент ***О.А. Кажекин***

Цель исследования – сравнительный анализ спирометрических показателей у больных бронхолёгочными заболеваниями с их должными величинами, определяемыми расчетным методом. За основу принят показатель жизненной ёмкости лёгких (ЖЕЛ), определяющийся аппаратным и расчетным методом по формуле Людвига:

Для женщин по формуле Людвига ДЖЕЛ = (рост(см)*0,041) – (возраст(лет)*0,018 – 2,68

ДЖЕЛ = (рост(см)*40) + (масса(кг)*10) – 3800

Для мужчин по формуле Людвига ДЖЕЛ = (рост(см)*0,052) – (возраст(лет)*0,022) – 3,6

ДЖЕЛ = (рост(см)*40) + (масса(кг)*30) – 4400

Спирометрия проведена 50 больным. Контрольную группу составили их расчётные показатели должной жизненной ёмкости лёгких (ДЖЕЛ).

У больных бронхиальной астмой в стадии обострения вне приступа удушья изменение величин ДЖЕЛ и ЖЕЛ составило 38,25%. При внебольничной пневмонии (ВП) этот показатель – 33,5%. Наибольшее изменение ЖЕЛ отмечается у больных хроническим обструктивным бронхитом – 51,9%.

Кроме определения ЖЕЛ использовался подсчет жизненного индекса человека (ЖИЧ) по формуле:

ЖИЧ=ЖЕЛ (мл) : масса (кг)

Было отмечено существенное снижение ЖИЧ у всех обследованных больных.

Таким образом, определение ЖЕЛ и её соотношения с расчетной ДЖЕЛ, является одним из основных методов оценки функции внешнего дыхания.

Степень нарушения функции внешнего дыхания у больных хроническим обструктивным бронхитом более значительна, чем у больных бронхиальной астмой вне приступа и ВП, что обусловлено хроническими необратимыми изменениями бронхолегочного аппарата. При рестриктивном типе нарушения при ВП функции внешнего дыхания её степень определяется уменьшением дыхательной поверхности лёгких.

Показатель ЖИЧ определяет целевую программу лечения пульмонологических больных.

МЕДИЦИНСКИЕ ФРАЗЕОЛОГИЗМЫ В РУССКОМ И АНГЛИЙСКОМ ЯЗЫКАХ

А.А. Бударин, А.В. Природа
Кафедра гуманитарных дисциплин
Медицинский университет «Реавиз»
Научный руководитель старший преподаватель ***В.А. Шуваева***

Цель: Выявить языковые сходства и различия фразеологизмов медицинского характера в русском и английском языках. Определить их значение в данных языковых средствах. Изучение устойчивых оборотов в русском и английском языках и сравнительный анализ источников их появления в исследуемых языках.

Предмет исследования: подборка, анализ, систематизация языкового материала. В соответствии с целью, объектом.

Задачи: Изучение понятия фразеологизма; Исследование источников образования фразеологизмов в русском и английском языках; Сопоставление фразеологизмов русского, английского языков; Анализ полученных результатов.

Актуальность: Актуальность данной работы заключается в том, что рассматриваемая тема мало изучена практически, мало где сравниваются фразеологические обороты русского, английского языков. При изучении английского языка в медицинском университете, основное внимание уделяется медицинским терминам, заболеваниям, методам лечения. Исходя из этого, мы задались вопросом о соответствии медицинских фразеологизмов в русском и английском языках.

Мы провели исследование 1400 фразеологизмов, из них медицинского характера в русском и английском языках - 156. Проанализировали данные категории: слова, обозначающие клинические проявления, анатомическое строение, методы лечения, анатомические аномалии.

В ходе нашей работы было определено количество фразеологизмов в данных категориях:

• Обозначающие клинические проявления, соответствующие как в русском, так и в английском языке – 31 единица;

• Отражающие анатомическое строение, имеющие полное соответствие в английском и русском языках – 27 единиц;

• Раскрывающие методы лечения, как в английском, так и в русском языке – 3 единицы;

• Представляющие анатомические аномалии, отраженные в русском и английском языках – 8 единиц;

• Отсутствующие в английском языке – 24 единицы;

• Выраженные иными лексическими единицами в русском и английском языках, но обозначающие одно и то же проявление –25 единиц;

• Русские фразеологизмы, не имеющие языковых соответствий в английском языке – 38 единиц;

Вывод: Одинаковые медицинские термины встречаются, как в английском, так и в русском языках. В свое время некоторые термины в русском языке, не имеют языковых соответствий в английском языке. Также, есть фразеологизмы, выраженные другими лексическими единицами, но не изменяющие своего значения.

ОСОБЕННОСТИ ГЕМОДИНАМИКИ В МОЗГОВЫХ АРТЕРИЯХ И СОСУДАХ БРАХИОЦЕФАЛЬНОГО РУСЛА У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКИМ ИНСУЛЬТОМ И ТРАНЗИТОРНОЙ ИШЕМИЧЕСКОЙ АТАКОЙ

Э.Б. Буладжов, Е.А. Егорова

Уральский Государственный Медицинский Университет

Научный руководитель д.м.н. доцент ***Е.М. Вишнева***

Цель исследования – сравнительная оценка изменений гемодинамики у пациентов с ИИ и ТИА с использованием ультразвукового дуплексного сканирования брахиоцефальных артерий (УЗДС БЦА), транскраниальной допплерографии (ТКД) и эхокардиографии (ЭхоКГ).

Материалы и методы исследования

Проводилось одномоментное открытое исследование 19 пациентов (13 мужчин и 6 женщин, средний возраст составил 67±6,12 лет), перенесших ишемический инсульт (МИ) или транзиторную ишемическую атаку (ТИА), находящихся на стационарном лечении в неврологическом отделении МАУ «Городская клиническая больница №14». Пациенты были разделены на 2 группы: группа 1 представлена пациентами с ИИ (n=10), в группу 2 вошли пациенты, перенесшие ТИА (n=9).

В обеих группах проводилось ультразвуковое дуплексное сканирование брахиоцефальных артерий, транскраниальная допплерография, эхокардиография, измерение артериального давления (АД), частоты сердечных сокращений (ЧСС) и расчет индекса массы тела (ИМТ).

Статистическая обработка результатов проводилась с использованием компьютерной программы StatisticaforWindows 6.0 (StatSoftInc., США). Различия считали статистически значимыми при $p<0,05$.

Результаты

Среди пациентов обеих групп преобладал пожилой возраст, согласно классификации ВОЗ. Также количество мужчин, перенесших ТИА или ИИ, превышало количество женщин в соответствующей группе. Показатели ИМТ и ЧСС находились в пределах нормальных значений в обеих группах. Средние показатели САД и ДАД в группах соответствовали артериальной гипертен-

зии 1 степени согласно классификации ВОЗ. Исходно исследованные группы пациентов были сравнимы по всем вышеперечисленным показателям.

При анализе результатов ЭхоКГ между группами не было достоверных различий. Насосная функция сердца не была нарушена, ФВ сравнима в исследованных группах, структурных изменений миокарда не выявлено. Таким образом, группы были сравнимы между собой по параметрам ЭхоКГ.

При сравнении групп по характеристикам мозгового кровотока выяснено, что признаки гемодинамически значимых стенозов СМА, ПМА, ЗМА не были выявлены как среди пациентов с ТИА, так и у пациентов, перенесших ИИ. Эмболические сигналы не регистрировались в обеих группах. Анализ полученных результатов показал, что показатели кровотока по магистральным артериям головы в обеих группах сохранялись в пределах нормальных значений. При сравнительной оценке данных показателей в группах статистически значимых различий выявлено не было.

При оценке результатов, полученных при УЗДС БЦА, было выявлено, что у пациентов с ТИА и пациентов, перенесших ИИ, показатели объемного кровотока по БЦА оказались сопоставимы. Полученные данные подтверждают версию о том, что при ТИА происходят изменения гемодинамики, аналогичные при развитии ИИ (КИМОСАгр1=8,0±1,63мм; КИМОСАгр2=11,00±2,69мм; p=0,05, RIOCAгр1=0,75±0,35; RIOCAгр2=1,98±1,36; p=0,02, Степень стенозаОСАгр1=23,60±22,88%; Степень стенозаОСАгр2=55,86±15,92%; p=0,01).

Высокие показатели индекса периферического сопротивления в группе пациентов с ТИА, в сравнении с группой пациентов с ИИ, ассоциируются с более выраженным поражением БЦА. Увеличение толщины КИМ вОСА можно рассматривать как морфологический субстрат атеросклеротических факторов риска инсульта и признак нестабильности течения атеросклеротического процесса. При оценке наличия атеросклеротических бляшек процент стенозирования БЦА был достоверно выше также в группе ТИА в сравнении с пациентами с ИИ.

Выводы

1. Нарушения кровотока в магистральных сосудах головного мозга не всегда могут выявляться даже у пациентов перенесших ТИА и ИИ, и характеристики кровотока могут быть сравнимы.

2. Более высокая выраженность атеросклеротического поражения сосудов брахиоцефального русла у пациентов с ТИА отражает высокий риск повторных сосудистых катастроф, в том числе мозговые инсульты.

3. Тактика лечения пациентов с ТИА должна быть одинаково активной, как и у пациентов с ИИ.

4. УЗИ может использоваться в скрининге и мониторинге поражений у данной группы лиц.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА МЕТЕОЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ БОЛЬНЫХ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ СЕРДЕЧНО – СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ

Н.В. Бырылова

Кировская Государственная Медицинская Академия

Научный руководитель к.м.н., доцент ***Д.Е. Мильчаков***

Введение: Метеочувствительностью, или метеопатией, называется зависимость состояния организма от изменения метеорологической ситуации (давления, напряженности магнитного поля, влажности и так далее), а также поведение организма в результате воздействия этих изменений: снижение или повышение работоспособности, улучшение или ухудшение состояния. Реакция на изменения погоды подразумевает: ослабление адаптационных механизмов, иммунитета, а также проявления и обострения хронических болезней. Метеочувствительность чаще отмечается у людей, мало бывающих на свежем воздухе, занятых сидячим, умственным трудом, не занимающихся физкультурой. Для здорового человека метеорологические колебания, как правило, не опасны. Тем не менее у людей, которые не чувствуют погоду, реакции на нее все же проявляются, хотя порой и не осознаются.

Цель исследования: Определить уровень метеочувствительности лиц с заболеваниями сердечно – сосудистой системы. Определить уровень метеочувствительности у больных с хронической сердечной недостаточностью, гипертонической болезнью и при их смешанном варианте. Определить зависимость уровня метеочувствительности от закалки организма и рода деятельности.

Материалы и методы: В ходе исследования были опрошены больные с хронической сердечной недостаточностью в возрасте 60,9 ± 20 лет, гипертонической болезнью сердца в возрасте 63,3 ± 10 лет, и сочетанием этих двух патологий, средний возраст опрашиваемых 62 ± 25 лет. Всего 40 человек. Для исследования уровня метеочувствительности был использован «специальный тест на метеочувствительность I» С. В. Дубровской. В исследовании во внимание были включены общий уровень метеочувствительности, уровень физической активности и наличие закалки у больных. Статистическая обработка проведена с использованием PolarisOffice. Достоверность статистических данных определяли по p - критерию Стъюдента.

Результаты исследования: Общий уровень метеочувствительности больных с сердечно – сосудистой патологией находится на среднем уровне и составляет 73,625 баллов. Средний объем физической нагрузки данных больных составляет 4,675 баллов (за неделю по 8 – бальной шкале). Из них 13 человек регулярно закаляются. Уровень метеочувствительности больных с хронической сердечной недостаточностью так же соответствует среднему уровню и равен 73,378 баллов. Уровень метеопатии больных гипертониче-

ской болезнью равен 67,6 баллов, что значительно ниже, чем у больных с ХСН, и соответствует уровню метеочувствительности ниже среднего. У больных с сочетанием двух данных патологий уровень метеопатии составил 74,531, что значительно выше уровня метеопатии у больных с изолированными формами патологии. У больных, которые не закалялись в течение жизни, уровень метеочувствительности составил 73,625 баллов, что соответствует среднему уровню. У больных, которые регулярно закалялись, уровень метеопатии составил 73,333 балла, что оказалось чуть ниже, чем у больных не закалявшихся, но не выше среднего уровня общей метеопатии. Так же было выявлено, что у опрашиваемых, чья деятельность связана с физическим трудом, уровень метеопатии составил 73,625, а у больных, занимающихся умственным трудом он составил 73,289, что говорит о том, что род деятельности существенного влияния не несет на развитие метеопатии. Значения являются достоверными ($p = 0,02$).

Выводы: Таким образом, полученные данные говорят о том, что уровень метеочувствительности у больных с сердечно – сосудистой патологией подлежит качественной и количественной оценке, и тест на определение метеочувствительности I С. В. Дубровской позволяет получить достоверные, воспроизводимые и сопоставимые результаты. У людей с заболеваниями сердечно – сосудистой системы метеопатия имеет место быть и значительно влияет на их качество жизни, определение ее уровня дает возможность определить ее выраженность и возможность профилактики ее нежелательных последствий.

ПЕРСПЕКТИВЫ ВНЕДРЕНИЯ НОВОЙ СХЕМЫ ЛЕЧЕНИЯ ГЕПАТИТА С

Л.Н. Бычкова, Н.А. Арутюнян, А.В. Васильев, А.В. Грачева
Московский медицинский университет «Реавиз»
Научный руководитель ст. преп. ***И.А. Бубнов***

Введение. Вирусный гепатит С (ВГС) - антропонозная вирусная инфекция из условной группы трансфузионных гепатитов, характеризующаяся частой склонностью к хронизации с поражением печени, развитием циррозов и первичных гепатокарцином. Заболевание широко распространено в РФ и во всём мире, однако действенных методов иммунологической профилактики не разработано. Существующие схемы лечения, применяемые в РФ, имеют эффективность около 45-50% и обладают рядом побочных эффектов. Недавно были разработаны препараты нового поколения, нацеленные на повышение эффективности, однако перспективы их использования в РФ остаются неясны.

Цель работы. Изучить перспективы использования новой схемы лечения ВГС с препаратами «Софосбувир» и «Даклатосфир» на примере имеющихся данных по зарубежным клиническим исследованиям и полученных нами

данных по истории болезни пациента П.

Материалы и методы. Проанализированы материалы из различных источников по методикам лечения ВГС как в РФ, так и в других странах. Проанализированы статистические данные Европейской ассоциации по изучению болезней печени. Предоставлена история болезни пациента П. со всеми проводимыми лабораторными исследованиями.

Выводы. Новая схема лечения ВГС показывает эффективность лечения 60-90 %, т.е. значительно большую, чем при применении традиционных схем. При этом побочные эффекты менее выражены. Наши данные согласуются с этим: в истории болезни пациента П. выявляется положительная динамика по данным лабораторных исследований. Т.о., внедрение новой схемы лечения можно считать достаточно перспективной. К сожалению, в свете того что данные препараты в РФ только проходят клинические испытания и довольно дороги их полноценное внедрение в современных условиях затруднено.

ХОБЛ-ШКОЛА В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Ю.В. Виноградова

Медицинский университет «Реавиз»

Научные руководители: к.м.н. ***Н.С. Чернышова****, к.м.н.* ***Д.Г. Чернышов***

Ведение. Хроническая обструктивная болезнь лёгких (ХОБЛ) относится к часто встречающимся заболеваниям человека и является важной медицинской и социальной проблемой во всём мире, входя в число лидирующих причин временной нетрудоспособности, инвалидности и смертности.

Согласно имеющимся прогнозам, рост заболеваемости ХОБЛ будет продолжаться, что связано со значительным потреблением табачных изделий и изменении возрастной структуры населения в направлении старения.

Цель исследования - изучить влияние обучения больных с ХОБЛ на течение заболевания.

Материал и методы. На основании данных анамнеза, результатов клинико-инструментальных и биохимических исследований изучено состояние здоровья 45 больных с ХОБЛ. Все больные имели длительный стаж курения (более года). Анализ изменения клинической картины проведен до занятий в ХОБЛ-школе, сразу после их завершения и через месяц.

Результаты. В ХОБЛ-школу направляются больные, не прошедшие обучение (первичный цикл) или больные, уже прошедшие обучение на повторный цикл (поддерживающий цикл). Численность пациентов в группе не более 8-10 человек.

- занятия в Школе носят цикличный характер;
-полный цикл обучения в Школе состоит из 6-8 занятий по 90 минут;
- продолжительность обучения пациентов обычно составляет 1-2 месяца;

-периодичность занятий – 1-2 раза в неделю;
- продолжительность занятий 1-1,5 часа.
Структура занятий:
20-30% – лекционный материал;
30-50% – практические занятия;
20-30% – ответы на вопросы, обсуждение, дискуссия;
10% – индивидуальное консультирование.

Работа в Школе ведется в соответствии с планами, положениями об организации Школ здоровья, разработанными программами. В конце года проводится анализ эффективности работы Школ по разработанным критериям. Занятия в школе проводятся с использованием плакатов, муляжей, спортивного инвентаря и др. Для закрепления информации демонстрируются видео - и DVD-фильмы.

У больных, прошедших обучение в школе ХОБЛ, после завершения обучения, улучшилась клиническая картина, а в дальнейшем - значительно уменьшилось количество вызовов скорой помощи и количество госпитализаций.

Выводы. Данные проведенного исследования показывают необходимость применения ХОБЛ-школ в комплексной терапии заболевания.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА БРОНХОЛЕГОЧНОЙ ПАТОЛОГИИ НА ЭТАПЕ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

В.Р. Володько

Саратовский медицинский университет «Реавиз»

Научный руководитель доцент, к.м.н. ***Л.Ф. Володько***

По прогнозам специалистов XXI век станет веком легочной патологии. Из-за резких изменений экологии эта группа заболеваний будет делить первые места с патологией сердечно-сосудистой системы и новообразованиями.

Данная работа преследует цель провести анализ своевременной дифференциальной диагностики БА и астмаподобных заболеваний на базе стационаров г. Саратова, в свете современных рекомендаций “Глобальной стратегии лечения и профилактики бронхиальной астмы” (GlobalInitiativeforAsthma, GINA), пересмотра 2014г.

Нами проведен анализ 297 историй болезни (за 2013-2015г.г) больных, госпитализированных в пульмонологические отделения клинических больниц г. Саратова по поводу обострения БА.

С практической точки зрения задача практикующего врача состоит в своевременном назначении этиопатогенетической терапии больным с бронхолегочной патологией. С этой целью в стационарах проводилась

дифференциальная диагностика БА с хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ) в стадии обострения, а также с астмаподобными заболеваниями, которые можно объединить на основе хронического кашля: - коклюш, синдром дисфункции голосовых связок (СДГС); гастроэзофагеально-рефлюксная болезнь (ГЭРБ), пищевая аллергия и анафилаксия; ринит, синусит и назальный полипоз, аспирининдуцированные респираторные заболевания; злокачественные новообразования.

Врачами пульмонологических отделений клинических больниц проводилась дифференциальная диагностика БА с синдромосходными заболеваниями. При этом с ХОБЛ выявлено – 94 пациента из 297, что составляет 31,6%.; у 19 больных из 297; диагноз Коклюша (подтвержден у 9 пациентов как клинически, так и данными лабораторного серологического исследования), что составляет 3%.; Гастроэзофагеально - рефлюксная болезнь (ГЭРБ) была диагностирована у 39 больных из 297 (13,1%); Синдром дисфункции голосовых связок (СДГС) был диагностирован у 14 пациентов из 297 что составляет - 4,7%; Ринит, синусит и назальный полипоз у 43 больных из 297, что составляет 14,4%; Злокачественные новообразования у 7 больных из 297, что составляет 2,3%.

Заключение

Данная работа представляет ценность для широкого круга практикующих врачей, так как кашель является распространенным симптомом заболеваний бронхолегочной системы. По данным Европейского респираторного общества до 30% обращений к врачу общей практики связаны с развитием кашля. Спектр возможной патологии, проявляющейся кашлем, чрезвычайно широк. К таким заболеваниям относятся: БА, ХОБЛ, коклюш, СДГС, ГЭРБ, пищевая аллергия и анафилаксии; ринит, синусит и назальный полипоз, аспирининдуцированные респираторные заболевания, злокачественные новообразования.

С практической точки зрения задача врачей общей практики состоит в своевременной дифференциальной диагностике БА и ХОБЛ от вышеперечисленных заболеваний для дальнейшей тактики ведения больных.

ОЦЕНКА ВЕГЕТАТИВНОЙ ДИСФУНКЦИИ У БЕРЕМЕННЫХ С ПОСЛЕДСТВИЯМИ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ

А.А. Волынкин

Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова

Научный руководитель д.м.н., профессор ***П.Н. Власов***

Введение: Последствия черепно-мозговой травмы (ЧМТ) относятся распространённой проблеме в медицине. К последствиям ЧМТ относится ряд

неврологических расстройств, выявляемых после травмы у 90% пациентов. Вследствие дисбаланса деятельности эрго-трофотротропных звеньев в структуре вегетативной регуляции организма в клинической картине последствий ЧМТ длительное время может сохраняться вегетативная дисфункция (ВД). Выявлено, что в основе стойких кожных реакций определяющую роль играют преобладающие симпатические (вазоконстрикторные) или парасимпатические (вазодилятационные) влияния, и их изменения служат дополнительным внешним клиническим проявлением ВД. Посттравматическая ВД сказывается на адаптативных реакциях больных, в том числе при беременности и родах, что делает настоящее исследование актуальным.

Цели и задачи: Изучить особенности вегетативной нервной системы у беременных (n=47) с последствиями ЧМТ, проходивших родоразрешение в акушерском физиологическом отделении ГБУЗ МО МОНИИАГ с 2013 по 2015г.

Материалы и методы: В исследовании участвовало 47 беременных, которые были распределены на 2 группы (1 - с последствиями сотрясения головного мозга - 44,7%; n=2; 2 – с последствиями ушиба головного мозга - 55,3%; n=26). Оценка вегетативной нервной системы включало стандартное неврологическое обследование с применением вегетативных анкет (вегетативный вопросник и схема.Вейн А.М.,2002) и клинических тестов (исследование дермографизма)

Результаты: В 1 группе признаки ВД верифицированы в 71,4% (n=15) случаев. Суммарный балл по вопроснику в 1 группе составил 21,3±4,3 и по схеме – 33,6±6,2. Во 2 группе ВД выявлена в 69,3% (n=18) случаев, а её минимальные проявления - в 19,3% (n=5).Суммарный балл по вопроснику составил 20,6±3,4 и по схеме - 31,4±4,9.

Дисфункция местных кожных вегетативных реакций зафиксирована у 76% (n=36) обследуемых: с большей склонностью к более стойким вазодилатационным проявлениям в виде красного дермографизма у 57,8% (n=15) в 1 группе и 69,3% (n=18) во 2. Преобладание более стойких кожных вазоконстрикторных реакций в виде белого дермографизма наблюдалось у 28,6% (n=6) беременных в 1 группе и у 30,8% (n=8) - во 2 группе. В 19,3% случаев (n=5) был выявлен возвышенный дермографизм среди пациенток 2 группы, характеризующий выраженные парасимпатические реакции.

Выводы: Результаты проведённого исследования показали, что в большинстве случаев у беременных в отдалённом периоде ЧМТ выявляются признаки ВД (в 1 группе- 71,4%, n=15; во 2 группе - 69,3%, n=18), причём, при последствиях ушиба головного мозга (2 группа) преобладает активность парасимпатической вегетативной нервной системы со стойким красным и возвышенным дермографизмом (69,3%; n=18).

КРАНИОСАКРАЛЬНЫЙ МЕХАНИЗМ ИЛИ ПЕРВИЧНЫЙ ДЫХАТЕЛЬНЫЙ МЕХАНИЗМ

С.Н. Гусаревич, Д.Н. Спиридонов
Московский медицинский университет «Реавиз»
Научный руководитель ***Е.К. Азарова***

Введение. Первичный дыхательный механизм (ПДМ) -это физиологический процесс, присущий головному мозгу и всей ЦНС.

Впервые феномен ПДМ был открыт У.Г. Сатерлендом в начале 20 ст. Эта физиологическая функция названа Сатерлендом дыханием ,т.к. она связана с газовым и электролитным обменом на клеточном уровне. Обозначение как первичный, заключается в том, что он лежит в основе и контролирует прочие физиологические механизмы организма. Механизм, потому что проявляется через сложные сочленения костей черепа ,т.е. через механику.

По лингвистическим соображениям в настоящее время его называют Краниосакральный механизм (КСМ) (Mitchell F.L. 1987).

Врачи Остеопаты, применяют выслушивание КСМ для диагностики и его коррекцию для лечения многих заболеваний.

КСМ имеет пять компонентов: головной и спиной мозг, цереброспинальная жидкость, мембраны реципрокного натяжения, костно-суставной механизм и краниосакральные взаимоотношения (Caporossi, Peyralade 1992).

Цель работы определить роль КСМ в организме человека, возможность применения КСМ при диагностике и лечения заболеваний ЦНС .

Методы и материалы: Сбор и анализ имеющихся исследований и литературы.

Выводы: В результате анализа определена главенствующая роль КСМ в функционировании организма человека. Врачи Остеопаты, набирающие популярность в данное время, в своей практике, учитывают в первую очередь состояние КСМ. Возможно только поэтому, они находят выход из самых сложных и не стандартных ситуаций для классической медицины, и в большинстве своем имеют положительные результаты. Изученные мною клинических исследований подтверждают эффективность применения техник коррекции КСМ. Вывод моей работы очевиден - КСМ недооценен в медицине.

ОСОБЕННОСТИ ВНЕКОЖНЫХ ФОРМ МЕЛАНОМЫ

В.А. Зверькова, В.Н. Тараканов, С.И. Новик
Белорусский государственный медицинский университет
Научный руководитель ассистент кафедры ***Т.И. Минайло***

Введение. Меланома – одна из наиболее злокачественных опухолей, характеризующаяся ранним лимфогенным и гематогенным распространением. Выделяют три формы меланомы: кожная, глазная и внекожная. Меланома

внекожной локализации представляет собой диагностический ребус, так как вызывает значительные трудности в диагностике и установлении диагноза, что определяет актуальность исследования. Частота встречаемости меланомы внекожной локализации варьирует от 1 до 3%.

Цели и задачи: оценка частоты встречаемости; выявление особенностей течения, диагностики и лечения меланом внекожной локализации.

Материалы и методы. Ретроспективный анализ амбулаторных карт пациентов, взятых на учет вУЗ «МГКОД» в период с 2005 по 2015 год, с диагнозом меланома. Обработка результатов проводилась с помощью MS Excel.

Результаты. В результате анализа амбулаторных карт пациентов за промежуток времени с 2005 по 2015 год было выявлено три случая заболевания меланомой внекожной локализации: меланома мочевого пузыря (выявлена в 2011 году), меланома поперечно-ободочной кишки (2011 год), меланома твердого и мягкого неба (2015 год). Во всех случаях был установлен диагноз меланома, БДУ (С43.9) по МКБ-10. По данным литературных источников, встречаемость меланом внекожной локализации достигает 3% среди всех форм меланомы. В результате нашего исследования частота встречаемости внекожной формы меланомы составила 0,5%. Определить особенности гендерного распределения с получением достоверных результатов не представлялось возможным. Возраст пациентов варьировал от 42 до 78 лет. После обнаружении меланомы внекожной локализации пациентам выставлялась 4 стадия заболевания. Вид выбранного лечения различался, но характер лечения у всех пациентов был паллиативный.

Выводы.

1 Частота встречаемости внекожной формой меланомы составляет 0,5% с 2005 по 2015 год. Распределение неравномерно, все случаи заболевания в период с 2011 по 2015 год.

2 Выявленные особенности клинической картины были связаны с локализацией злокачественного новообразования.

3 Меланома внекожной локализации является более прогностически неблагоприятной в виду трудности диагностики и лечения.

МЕТАСТАЗЫ МЕЛАНОМЫ ИЗ НЕУСТАНОВЛЕННОГО ПЕРВИЧНОГО ОЧАГА

В.А. Зверькова, В.Н. Тараканов, С.И. Новик

Белорусский государственный медицинский университет

Научный руководитель ассистент кафедры ***Т.И. Минайло***

Введение. Меланома – злокачественная опухоль из меланинобразующих клеток кожи, которая в общей структуре онкологических заболеваний составляет 1-4 %. Меланома из невыявленного первичного очага – морфологически

подтвержденное злокачественное новообразование, происхождение которого не может быть установленного в ходе стандартного и дополнительного обследования.

Цель и задачи исследования: оценка гендерного и возрастного распределения пациентов с метастазами меланомы из невыявленного первичного очага; выявление особенностей метастазирования меланомы; анализ структуры гистологических форм метастазов; определение продолжительности жизни пациентов после постановки диагноза.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ амбулаторных карт 25 пациентов с метастазами меланомы из невыявленного первичного очага, взятых на учет вУЗ «МГКОД» в период с 2003 по 2015 год. Обработка результатов проводилась с помощью MS Excel.

Результаты. Метастазы меланомы из неустановленного первичного очага определялись в 2,1% случаев от всех проанализированных амбулаторных карт с диагнозом «меланома». Возраст больных колебался от 35 до 83 лет, в среднем составил 59,8±14,8 лет. Соотношение женщин и мужчин 1,2:1. Средняя продолжительность жизни после постановки диагноза – 14,1±12,9 месяцев. Пятилетняя выживаемость составила 12,5%.

В 19 (76%) случаях было выявлено метастатическое поражение лимфатических узлов, в 4 (16%) – легких, по 3 (12%) случая поражения печени и головного мозга, в 2 (8%) – костей. Отмечались единичные случаи метастазирования меланомы в селезенку, плевру, брюшину, мягкие ткани различной локализации.

Беспигментная, малопигментная и пигментная морфологические формы меланомы встречаются одинаково часто: на долю каждой из них приходится по 3 (12%) случая. Оставшиеся 64% случаев метастатических очагов представляют собой злокачественные клетки низкой степени дифференцировки. По данным литературных источников, наиболее прогностически благоприятной является пигментная форма меланомы.

У 4 (16%) пациентов наблюдались другие злокачественные новообразования: рак щитовидной железы – 1 случай, остеогенная саркома – 1 случай, рак околоушной слюнной железы – 1 случай, рак легкого и рак молочной железы – 1 случай.

Выводы: преимущественной локализацией метастазов меланомы являются лимфатические узлы, легкие, печень, головной мозг и кости; метастазы меланомы одинаково часто выявлялись как у мужчин, так и у женщин, средний возраст пациентов – около 60 лет; продолжительность жизни после постановки диагноза варьирует от 2 месяцев до свыше 5 лет.

МНОГОПРОФИЛЬНАЯ КЛИНИКА РЕАВИЗ В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ

Л.В. Ионова, А.В. Ионова
Медицинский университет «Реавиз»
Научный руководитель ***Д.Г. Чернышов***

Актуальность. Сегодня на рынке самарских частных медицинских учреждений представлено более 240 клиник, оказывающих широкий спектр услуг. Зачастую такие клиники не выдерживают конкуренции и закрываются, не дожив до своего трёхлетия

Цели и задачи: определение и формулирование стратегии продвижения и развития многопрофильной клиники.

Сформулируем три основных блока вопросов, решаемых компанией для успешного выхода на рынок платных медицинских услуг:

I. «Кадры решают все» - в медицине это устойчивое выражение имеет особую актуальность. Очевидным преимуществом является открытие медицинского учреждения на базе медицинского университета, так как учебный процесс возможно адаптировать под концепцию работы клиники, а применяемые методики работы врачей могут лечь в основу практического образовательного процесса. Таким образом, синергетический эффект от теории и практики даст свои результаты как для учебного, так и для лечебного процессов.

Большинство студентов старших курсов университета, особенно очно-заочной формы обучения, уже имеют диплом о среднем медицинском образовании и опыт работы. Эти студенты как никто другой стремятся к новым знаниям и нацелены на максимальное получение практических навыков, их заинтересованность в эффективном труде может быть достигнута в рамках разработанной системы льготной оплаты за обучение.

II. Формирование концепции продвижения медицинского учреждения. На этапе выхода на самарский рынок платных медицинских услуг необходимо сделать акцент на информативную рекламу, которая «знакомит» потенциального клиента с возможностями учреждения и рассказывает о тех преимуществах, которые они смогут получить при обращении в клинику.

Наиболее эффективными средствами информативной рекламы, по мнению авторов, являются:

- наружная реклама. Грамотно размещенные баннеры с проработанной адресной программой могут охватить весь сегмент потенциальных клиентов и сформировать у них представление о появившемся бренде клиники, предоставляющей комплексное медицинское обслуживание;

- продвижение в сети Интернет. В зависимости от категорий потенциальных потребителей услуг медицинского учреждения, целесообразным является продвижение в нескольких Интернет ресурсах: регистрация и ведение

страниц в социальных сетях: (Instagramm), Facebook, Вконтакте;

- средства массовой информации. Сотрудничество с печатными СМИ должно быть ориентировано на вкусовые предпочтения потенциальных пациентов клиники, например, диалоговой площадкой с юридическими лицами с целью проведения диспансеризации сотрудников крупной компании, могут быть бизнес издания: «Самарское обозрение», журнал «Дело» или «Российская газета».

Резюмируя предложенные варианты каналов продвижения, стоит отметить, что ключевой задачей при их выборе является грамотное сегментирование потребителей по таким параметрам как: возраст, доход, половая принадлежность и т.д.

III. Последующее позиционирование. Для эффективного позиционирования клиники на самарском рынке платных услуг необходим комплексный SWOT-анализ, что поможет создать уникальное торговое предложение (УТП), отличающее медицинское учреждение от основных конкурентов. Основой для УТП может быть: новейшая аппаратура, специалисты высокого уровня, имеющие авторитет в профессиональной медицинской среде и работающие, для удобства пациента, в одной клинике.

Выводы: решение указанных трех задач сделает работу клиники эффективнее, привлечет внимание большого количества потенциальных клиентов и поднимет ее на высоту среди аналогичных медицинских учреждений г.о. Самара.

ОТДЕЛЬНЫЕ МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ СОСТОЯНИЯ РУБЦА НА МАТКЕ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЕ

А.А. Корнишина, В.Н. Никаноров, А.Ф. Завалко, О.Б. Неганова, С.В. Полетаева, Е.С. Власова, В.М. Шульга

Медицинский университет «Реавиз»

Научный руководитель к.м.н., ассистент кафедры ***В.Н. Никаноров***

Введение.

На сегодняшний день существует множество работ, которые посвящены изучению морфологических свойств рубца на матке после операции Кесарево сечение. Во время операции забор материала осуществляется из ткани рубца и прилежащей зоны. Особенностью данного подхода является то, что в прилежащей зоне происходит не разрыв рубца, а отрыв здоровых миоцитов от соединительной рубцовой ткани по месту их прикрепления. Вместе с этим, возможна оценка ткани интактногомиометрия, который расположен рядом с переходной зоной. Так же, особый интерес может представлять зона рубца со стороны полости матки. На данных участках, как правило, отсутствует эн-

дометрий. При расположении плаценты в области рубца на матке можно так же подтвердить или исключить врастание ворсин хориона. Нас заинтересовал комплексный подход к оценке тканей рубца на матке в нескольких зонах.

Цели и задачи.

1. Рассмотреть состояние интактногомиометрия, расположенного рядом с рубцом на матке.

2. Оценить состояние плодных оболочек, прилежащих к рубцу на матке.

Материалы и методы.

1. Раздельный забор материала во время операции Кесарево сечение - интактногомиометрия (1 зона), плодных оболочек в зоне рубца (2 зона) и маркировка их адгезивными красителями.

2. Микроскопическое (морфологическое) исследование гистологических препаратов.

При исследовании материала применяли методику обработки макропрепарата с маркировкой интактногомиометрия и плодных оболочек в зоне рубца поверхности. Гистологическое исследование проводилось на парафиновых срезах толщиной 5 мкм, окрашенных гематоксилином и эозином. В качестве контрольной группы изучали миометрий маток 10 родильниц, сопоставимого по сроку беременности, после гистерэктомии у женщин с различной патологией.

Результаты.

Средний возраст женщин основной группы составил 28,6 года. Средний рост женщины 161,6 см. Средний вес 72,46 кг. Общая прибавка массы тела в среднем по основной группе составила 10,5 кг. Заболевания в детском возрасте были у всех обследованных. Экстрагенитальные заболевания имеются у 4 женщин. ОАГА у 5 пациенток. Средний возраст наступления менархе - 14,2 года. Средняя продолжительность операции Кесарева сечения составил 42 минуты. Спаек в брюшной полости не было ни у одной женщины. Рубец был истончен и деформирован у всех беременных. Среди всех новорожденных, мальчиков - 4, девочек - 6 со средним весовым показателем 3,34 кг и средним ростом 51,5 см. Оценка по шкале Апгар составила 8 и 9 баллов на первой и пятой минутах жизни. По данным УЗИ - толщина рубца в среднем составила 2,9 мм. Количество вод у всех беременных было в пределах нормы.

Как стало ясно, микроскопические (морфологические) изменения затронули «здоровый» миометрий (1 зона). Они выражались в наличии большого количества зрелых волокон беременной матки в срок доношенной беременности и выраженным отеком стромы миометрия.

При изучении плодных оболочек и плаценты в зоне рубца (2 зона) отмечались признаки гиповаскуляризации, фиброзирования терминальных ворсин, наличие межворсинчатых кровоизлияний, зон псевдоинфарктов и фибриноида.

Выводы.

1. Таким образом, в исследуемых неполноценных рубцах на матке после операции Кесарево сечение наблюдаются изменения в двух исследуемых зонах - интактногомиометрия и плодных оболочек в зоне рубца. Это и объясняет отрыв здоровыхмиоцитов от рубцовой ткани.

2. В каждом случае, при проведении операции Кесарево сечение мы подтверждали неполноценность околорубцовой зоны на матке морфологическими данными. Этот факт дополняет правильность врачебного выбора в тактике родоразрешения данной группы женщин с признаками неполноценности рубца на матке после предыдущей операции Кесарево сечение.

НЕКОТОРЫЕ МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННННОСТИ СОСТОЯНИЯ РУБЦА НА МАТКЕ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЕ

А.А. Корнишина, Никаноров В.Н., Завалко А.Ф., Неганова О.Б., Полетаева С.В., Буканова Е.В.

кафедра акушерства и гинекологии

Медицинский университет «Реавиз»

«Самарская городская больница» №10

ГБУЗ СОКОД

Научный руководитель Заведующий, ассистент кафедры, к.м.н. - ***В.Н. Никаноров***

Введение.

В настоящее время существует множество работ, которые посвящены изучению морфологических свойств рубца на матке после операции Кесарево сечение. Во время операции Кесарево сечение забор материала осуществляется из ткани рубца и прилежащей зоны. Особенностью данного подхода является то, что в прилежащей зоне происходит не расслоение или разрыв рубца, а отрыв миоцитов от грубоволокнистой соединительной рубцовой ткани по месту их прикрепления. Нас заинтересовал комплексный подход к оценке тканей рубца на матке в нескольких зонах.

Цели и задачи.

1. Определить морфологические особенности рубцовой ткани после операции Кесарево сечение.

2. Оценить состояние переходной зоны между рубцом на матке и здоровым миометрием.

Материалы и методы.

1. Раздельный забор материала: рубца на матке после операции кесарева сечения и околорубцовой зоны и маркировка адгезивными красителями.

2. Микроскопическое (морфологическое) исследование гистологических препаратов.

При исследовании материала применяли методику обработки макропре-

парата с маркировкой рубца и околорубцовой зоны. Гистологическое исследование проводилось на парафиновых срезах толщиной 5 мкм, окрашенных гематоксилином и эозином. В качестве контрольной группы изучали миометрий маток 10 родильниц, сопоставимого по сроку беременности, после гистерэктомии у женщин с различной патологией.

Результаты.

Средний возраст женщин основной группы составил 28,6 года. Средний рост женщины 161,6 см. Средний вес 72,46 кг. Общая прибавка массы тела в среднем по основной группе составила 10,5 кг. Различные заболевания в детском возрасте есть у всех обследованных. Экстрагенитальные заболевания имеются у 4 женщин. ОАГА у 5 пациенток. Средний возраст наступления менархе составляет 14,2 года. Средний показатель начала половой жизни - 16,6 лет. Брак зарегистрирован у 7 женщин. В среднем количество беременностей в анамнезе у основной группы - 3. Зрелая шейка матки у 1 беременной, «созревающая», соответственно, у 9. Средний показатель продолжительности операции кесарева сечения составляет 42 минуты. Спаек в брюшной полости не было ни у одной женщины. Рубец был истончен и деформирован у всех беременных. Среди всех новорожденных, мальчиков - 4, девочек - 6 со средним весом 3,34 кг и средним ростом 51,5 см. Оценка по шкале Апгар составила 8 и 9 баллов на первой и пятой минутах жизни. По данным УЗИ толщина рубца в среднем составила 2,9 мм. Макроскопически рубцы были неравномерными по толщине. Количество вод у всех беременных было в пределах нормы.

При изучении рубцовой ткани (1 зона) были обнаружены следующие особенности: деструкция волокон коллагена, микроразрывы и кровоизлияния в ткани, набухание и фибриноидный некроз волокон коллагена, лимфоидная инфильтрация ткани.

Морофологические изменения наблюдались так же между рубцом и здоровым миометрием (2 зона). Это расслаивающие кровоизлияния в миометрии, атрофия миоцитов, микроразрывы тканей на границе зон, набухание и фибриноидный некроз волокон коллагена, продуктивный миометрит и очаги гранулематозного воспаления, перивазальные кровоизлияния, лимфоидная инфильтрация, атрофия и гиалиноз миоцитов.

Выводы.

1. Таким образом, в исследуемых неполноценных рубцах на матке после операции кесарево сечение наблюдаются изменения в двух исследуемых зонах – самой рубцовой ткани и границе между рубцовой тканью и здоровым миометрием.

2. В каждом случае, при проведении операции Кесарево сечение мы подтверждали факт неполноценности рубца на матке морфологическими данными. Этот факт дополняет правильность врачебного выбора в тактике родоразрешения данной группы женщин с признаками неполноценности рубца на матке после предыдущей операции Кесарево сечение.

ПРОФИЛАКТИКА АТЕРОСКЛЕРОЗА

С.О. Кузьмин, А.Г. Мкртчян
Медицинский университет «Реавиз»
Научный руководитель к.м.н. ***О.С. Козлова***

Введение. Ежегодно в России от сердечно-сосудистых заболеваний умирает более 1 миллиона человек. Среди них ведущее место занимают ИБС и инсульты, которые обусловлены атеросклеротическим поражением мозговых и коронарных артерий. Атеросклероз – это заболевание сосудов, которое сопровождается их уплотнением и стенозированием просвета. Проще говоря, атеросклероз – это такое нарушение обмена, при котором увеличивается содержание холестерина в крови, который и образует бляшки на стенки сосудов. Причинами этому может стать целый ряд факторов: пол - мужчины более подвержены атеросклерозу, чем женщины;

возраст - с ним атеросклеротические проявления усугубляются; курение; неправильное питание – злоупотребление жирной, жареной пищей, алкоголем.

Цель и задачи. Изучить методы профилактики атеросклероза

Материалы и методы. Анализ литературных данных за последние 10 лет.

Результаты. Профилактика атеросклероза предусматривает назначение строгой гиполипидемической диеты, коррекцию веса, отказ от курения и повышение двигательной активности. Основными требованиями к диете являются:

1) Снижение потребления жира до 30 % от общих 2000 ккал.

2) Употребление в пищу морепродуктов, нежирное отварное мясо, кисломолочные нежирные продукты, продукты богатые растительной клетчаткой.

3) Ограничение соли до 2 г/сут, яйца до 3 штук в неделю.

4) Исключение тугоплавких животных жиров - жирное мясо, сало, масло, сметана, сливки, сыры, колбасы, сосиски, сардельки;продуктов богатых холестерином (икра, мозги, внутренности, майонез); легкоусвояемых углеводов (сахар, конфеты, мороженое, варенье, печенье, пирожные, торты); жареную, копченую, маринованную, острую пищу.

5) Частое дробное питание небольшими порциями до 5-6 раз в сутки - через каждые 3-4 часа, последний прием пищи не позднее 18-19 часов.

Для оценки своего оптимального веса рекомендуется пользоваться показателем индекса массы тела - ИМТ (вес в кг/ рост м2). Нормальный ИМТ находится в пределах 18,5-24,9 кг/м2. По данным литературы, алкоголь можно использовать с целью коррекции липидного обмена, но в малых дозах: крепкие спиртные напитки (водка, виски, коньяк) – 45-50 мл/сут, столовое вино белое или красное – 150 мл/сут. Из перечисленных напитков вино является наиболее предпочтительным, поскольку исследования показали, что в странах, где население потребляет в основном красное вино, смертность от сер-

дечно-сосудистых заболеваний ниже, чем в странах, в которых предпочтение отдают пиву или крепким спиртным напиткам.

Выводы. Профилактика атеросклероза снижает риск развития заболевания, значительно улучшая качество жизни.

ПРОБЛЕМА ПАТОЛОГИИ БЕРЕМЕННОСТИ У ЖЕНЩИН Г. ГРОДНО РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

А.В. Лемеш, Д.А. Волчкевич

Гродненский государственный медицинский университет

Научный руководитель к.м.н., доцент ***Д.А. Волчкевич***

Введение. Проблема невынашивания беременности остается одной из наиболее актуальных в современном акушерстве и гинекологии. Согласно ВОЗ, невынашивание беременности (выкидышом) называют прерывание беременности от момента зачатия до 22 недель, с 22 недель - преждевременные роды. Классифицируя невынашивание беременности можно выделить следующие этапы: 1 самопроизвольные выкидыши — потери беременности до 22 недель, 2 очень ранние преждевременные роды - 22-27 недель, 3 ранние преждевременные роды - 28-33 недели, 4 преждевременные роды - 34-37 недели. Часто изучаемой патологии в странах СНГ составляет 10 – 25% от всех беременностей, в том числе 5 – 10% составляют преждевременные роды. К наиболее распространенным причинам невынашивания беременности относятся генетические, анатомические, эндокринные, иммунологические, тромбофилические. Невынашивание беременности является одним из наиболее распространенных осложнений у беременных.

Цель. Выявить частоту встречаемости невынашивания беременности у женщин г. Гродно Республики Беларусь.

Материал и методы. Был проведен ретроспективный анализ 2155 историй болезни отделения патологии беременности УЗ «ГКБСМП г. Гродно».

Результаты. Результаты нашего исследования показали, что в период с 01.01.2015 по 01.10.2015 в отделении патологии беременности УЗ «ГКБСМП г. Гродно» находилось 2155 пациенток, из них 375 (17%) – с угрожающим выкидышем, 620 (28,7%) – с угрозой преждевременных родов. Среди других диагнозов были выставлены: гестозы – 156 беременных (7,2%), плацентарные нарушения – 72 (3,3%), инфекции мочеполовых путей – 32(1,48 %). Другие диагнозы встречались еще реже. Стоит отметить, что за тот же период 2014 года в отделении патологии беременности количество женщин поступивших с угрозой выкидыша и угрозой невынашивания беременности было меньше(322 и 472 женщины соответственно), что показывает рост данной проблемы среди беременных города Гродно.

Вывод. Таким образом, установлено, что каждая вторая женщина посту-

пает в отделение патологии беременности УЗ «ГКБСМП г. Гродно» с угрозой невынашивания беременности, что требует изучения детализации причин, приводящих к данной патологии.

НУТРИТИВНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ПРИ ОСТРОЙ ЦЕРЕБРАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Н.Б. Литвякова

Медицинский университет «Реавиз»

Научный руководитель д. м. н., профессор ***Е.В. Самыкина***

Современные подходы к ведению больных с острыми нарушениями мозгового кровообращения предусматривают широкий комплекс терапевтических и хирургических направлений терапии, включая проведение нутритивной поддержки.

Цель исследования - нутритивная поддержка как комплекс мероприятий, направленных на должное субстратное обеспечение больных, устранение метаболических нарушений, коррекция трофической дисфункции и оптимизация адаптационных резервов.

Материалы и методы. В исследование было включено 1250 пациентов, перенёсших инсульт в 2015 году находившихся на лечении ПСО больницы им. Н. И. Пирогова. Все пациенты условно делились на группы.

Пациенты 1 группы: с тяжелыми расстройствами глотания - 480 человек (38,4%) - установлен назогастральный зонд (дисфагия 4степени);

2 группа пациентов с разной выраженность дисфагических расстройств, без установки назогастрального зонда: 500 человек (40%.)

Прочие: дисфагии не выявлено у 170 пациентов (13,6%). Расчет потребностей пациентов в макронутриентах. Критерием включения в исследование было верификация очага с помощью КТ, неврологического исследования (шкалы), логопедического обследования (шкалы).

Результаты исследования. У 2 группы пациентов (40%) на 8-14 день дисфагических нарушений не наблюдалось. У 1 группы, назогастральный зонд при восстановлении функции глотания снимался на 4-5 сутки. На момент выписки из стационара восстановление глотания наблюдалось (36,72%)-459 человек. Каждый пациент (родственник) получил подробные рекомендации по питанию (кормлению).

Выводы. Оценка и коррекция расстройств глотания имеет важное значение для профилактики развития медицинских осложнений, уменьшает риск внезапной смерти, а также позволяет определить стратегию питания и обеспечить компенсацию энергетических потребностей пациента, поддерживать водный баланс организма.

ПЕРВИЧНАЯ СОСУДИСТАЯ СИСТЕМА: ЧТО НОВОГО?

Р.И. Массальский
Московский медицинский университет «Реавиз»
Научный руководитель ***А.Г.Пронин***

Введение. Первичная сосудистая система — PrimoVascularSystem (PVS) – система, состоящая из сосудов и узлов, имеющая специфическую топографию и функции, из-за чего до открытия северокорейским профессором Ким Бон Ханом в 1963 году не была известна. После разгрома лаботратории проф. Кима и его исчезновения с сотрудниками их работа была забыта до 2002 года, когда ее возобновила и пробудила к ней интерес в мире группа профессора Со Кван-Супа из Сеульского национального университета.

Цель работы:

Произвести обзор исследований PVS с 2002 года по настоящее время, систематизировать результаты и предложить для обсуждения перспективы.

Материалы и методы:

Переведены и изучены 24 статьи по теме за период с 2002 по 2016 гг, изучена работа проф. Ким Бон Хана, обобщены результаты.

Результаты:

1. Установлена связь между подкожными и поверхностными органными фасциями, PVS, сердечно-сосудистой и лимфатической системами, системой меридианов и биологически активных точек, что позволяет расширить понимание их анатомии и физиологии в норме и патологии.

2. Обсуждается связь PVS и синдрома дисплазии СТ.

3. Описание первично-сосудистого пути метастазирования полезно для теории канцерогенеза и практики ранней диагностики и лечения рака.

Выводы:

Открытие PVS сравнимо с открытиями клетки и ее строения, митоза и мейоза. Первично-клеточная теория, предложенная открытия профессором Кимом, нуждается в экспериментальной проверке. Исследования PVS являются имеют свои технические сложности, но их значимость в мировой науке постепенно растет. В России исследования в этой области не ведутся, хотя они обещают прорывные возможности в диагностике и лечении многих заболеваний, и при этом бюджетно доступны.

СИНДРОМ ВЕЛЛЕНСА: КЛИНИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ И ТАКТИКА ВРАЧА

Д.Д. Мирзоев
Кафедра внутренних болезней
Медицинский университет «Реавиз»
Научный руководитель: к.м.н. ***Е.В. Асеева***

Актуальность. В виду того, что сведения о синдроме Велленса недостаточно представлены в русскоязычной медицинской литературе, необходимо

привлечь внимание специалистов к данной проблеме. Этот синдром является легкоузнаваемым на ЭКГ, свидетельствует о критическом поражении ПНА и требует агрессивной тактики лечения больного с целью предотвращения развития обширного переднего инфаркта миокарда и снижения количества летальных исходов.

Термин «синдром Велленса» или «симптом поражения левой передней нисходящей артерии» (signof LAD disease) используется для описания случаев нестабильной стенокардии со специфичными изменениями на ЭКГ, возникающими после купирования болей и характерными для критического стеноза проксимального отдела передней нисходящей артерии (ПНА), одной из основных ветвей левой коронарной артерии (ЛКА).

Диагностические критерии синдрома Велленса: типичная ангинозная боль; двухфазные или глубокие инвертированные Т в V2 и V3 (или и в V1, V4-V6); нормальный или немного приподнятый (<1 мм) сегмент ST; отсутствие патологического зубца Q; отсутствие снижения вольтажа R в грудных отведениях; нормальные или минимально повышенные кардиоспецифичные ферменты; стеноз проксимального отдела левой ПНА более 50% по данным кардиоангиографий (КАГ).

В настоящее время описаны 2 типа синдрома Велленса. При первом типе (76% случаев) на ЭКГ в грудных отведениях отмечаются глубокие инвертированные симметричные зубцы Т, как правило, регистрируемые и после купирования болевого синдрома. Изменения зубца Т чаще отмечаются в отведениях V1-V4, но могут быть и в V5-V6. Для второго типа характерны двухфазные (+/-) зубцы Т чаще в отведениях V2 и V3, реже в V1-V5/V6.

Выводы. Согласно статистическим данным, в основе указанного синдрома по данным КАГ в 100% случаев лежит выраженный стеноз проксимального отдела ПНА, превышающий 50% (в среднем – 89%). Именно поэтому возникновение типичного синдрома Велленса является жизнеугрожающим состоянием и требует агрессивной терапии с обязательным проведением КАГ, возможного стентирования ПНА, так как 30-дневная смертность без коронарной реваскуляризации составляет 5%. У пациентов с синдромом Велленса без интервенционного вмешательства имеется высокий риск вторичной перфорации межжелудочковой перегородки (по некоторым данным - до 83%).

Таким образом, ранняя диагностика данного синдрома по ЭКГ-признакам и клиническим данным позволит врачу-специалисту своевременно направить пациента в инвазивный кардиологический центр для экстренного проведения чрескожного вмешательства и восстановления кровотока в поражённой ПНА.

ОСОБЕННОСТИ КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С МИОГЕННОЙ ФОРМОЙ ВМК

М.А. Морозова

Медицинский университет «РЕАВИЗ»

Научный руководитель старший преподаватель ***Д.Г. Чернышов***

Врожденная мышечная кривошея – это неправильное положение головы, вызванное укорочением и функциональной неполноценностью одной из грудино-ключично-сосцевидных мышц (ГКСМ) в результате ее врожденного недоразвития или действия интранатальных повреждающих факторов, сопровождающееся вторичными изменениями шейного отдела позвоночника и костей черепа (Попов, 2009).

ВМК занимает третье место среди врожденных заболеваний костно-мышечной системы (5-12,4% по разным авторам) и является актуальной проблемой детской ортопедии, так как вторичные деформации приводят к ранней инвалидности.

Классификация ВМК по С.Т. Зацепину:

1. Миогенная кривошея:

- врожденная (изменение ГКСМ и трапециевидной мышцы);
- приобретенная (острый и хронический миозит ГКСМ, оссифицирующий миозит, саркома, кривошея Гризеля).

2. Артрогенная и остеогенная кривошея:

- врожденная (сращение или клиновидная деформация шейных позвонков, шейные ребра);
- приобретенная (вывих, перелом или разрушение шейных позвонков, остеомиелит, туберкулез, опухоль).

3. Нейрогенная кривошея является приобретенной (спастический или вялый паралич шейных мышц, рефлекторная кривошея при заболеваниях сосцевидного отростка, околоушных желез, ключицы).

4. Дермо-десмогенная кривошея:

- врожденная (синдром Шерешевского-Тернера);
- приобретенная (рубцы после обширных повреждений кожи, воспалений и травм глубоких тканей).

5. Вторичная кривошея является приобретенной (заболевания глаз и внутреннего уха)

Кудрякова Н.П., Симановская З.В. считают, что при диагностике миогенной формы ВМК следует обращать внимание на наличие или отсутствие инфильтрата в ГКСМ, так как от этого будет зависеть тактика лечения.

При наличии инфильтрата в ГКСМ на курс назначается по 30 сеансов массажа и электрофореза с йодистым калием, с последующим трехнедельным перерывом в лечении. Массаж и электрофорез целесообразнее проводить в разные дни (массаж сразу же после электрофореза способствует выведению

ионов йодистого калия). Тепловые процедуры и пассивную корригирующую гимнастику нужно проводить ежедневно.

Тепловые процедуры в виде сухого тепла на область пораженной мышцы (грелки, мешки с нагретым песком, парафиновые аппликации) необходимы для ускорения рассасывания инфильтрата и улучшения кровообращения в пораженной ГКСМ, что способствует лучшему растягиванию волокон укороченной мышцы.

Не меньшее значение имеет электрофорез с йодистым калием в области измененной ГКСМ. Он оказывает рассасывающее действие на инфильтрат и тормозит развитие фиброзной ткани в пораженной мышце.

Обязательным является применение массажа обеих ГКСМ. Кроме того, следует массировать трапециевидную мышцу на стороне наклона головы и половину лица той же стороны. Для удержания головы в корригированном положении больному делают различные укладки, применяют повязки, воротники.

При отсутствии инфильтрата в одной из ГСКМ электрофорез исключается ввиду отсутствия фиброзных изменений в упомянутой мышце. Пассивная коррекция порочного положения головы у больных этой группы совершается легче. В этих случаях большее значение, чем пассивная корригирующая гимнастика и тепловые процедуры, приобретает укрепление здоровой мышцы шеи массажем и активной гимнастикой. Они способствуют приобретению нужного стереотипа, благодаря чему выравнивается порочное положение головы.

Результаты при лечении кривошеи у детей, получавших лечение отдельными курсами, значительно лучше, чем при лечении без перерывов, поскольку в этом случае дети становятся легко возбудимыми, беспокойными, теряют аппетит и отстают в весе.

К.А. Святкина и Е.В. Белогородская (2007) считают, что консервативное лечение следует начинать с 2-х недельного возраста и до 1-1,5 лет, оно позволяет восстановить форму и функцию пораженной мышцы у 74-85% больных. Лечение может считаться законченным, если имеет место небольшая гиперкоррекция деформации, т. е. тогда, когда к моменту окончания лечения пораженная мышца несколько длиннее здоровой (к окончанию роста ГКСМ длина их выравнивается).

ПЕЧЕНЬ И АЛКОГОЛЬ

А.А. Никифоров, Н.С. Михеев
Медицинский университет «Реавиз»
Научный руководитель к.м.н. ***О.С. Козлова***

Введение. Печень является жизненно важным органом, поэтому заболевания печени, распространенность которых в последнее время нарастает,

представляют серьезную медицинскую и социальную проблему. Длительный прием алкоголя оказывает отрицательное действие на все органы. Для обозначения многообразных изменений в печени, связанных с алкоголем, используется термин «алкогольная болезнь печени», клиническими формами которого являются: стеатоз, гепатит, цирроз печени.

Цель и задачи. Изучить особенности обследования больного, страдающего заболеванием печени.

Материалы и методы. Исследование больного с применением общеклинических методов, включающих опрос, осмотр, пальпацию, перкуссии живота, лабораторных (билирубин, АЛТ, АСТ, альбумины, электролиты, общий белок) и инструментальных методов (УЗИ печени).

Результаты. Исследование больного начинается с опроса. Выясняется наличие жалоб: изменение аппетита (чаще снижение), повышенная утомляемость, тошнота, рвота (связь с приемом пищи, характер рвотных масс), чувство тяжести в правом подреберье, ощущение полноты и распирания в эпигастральной области, вздутие, урчание, стул (частота, форма, цвет, консистенция, объем, примеси, запах); наличие болевого синдрома, его локализация, связь с приемом и характером пищи, связь с диспепсическими явлениями.

При общем осмотре больного необходимо обращать внимание на общий вид больного, сознание, тип конституции, рост и массу тела, кожные покровы тела, лимфатические узлы. В зависимости от тяжести нарушения функции печени может наблюдаться желтушность кожи и склер, расширение сосудистой сети на коже носа и склер, атрофия мышц плечевого пояса, множественные сосудистые звездочки, располагающиеся полями. Больные могут быть возбуждены или заторможены, отмечаются нарушения сна, поведения, тремор рук, возможны повышение температуры тела, ознобы, носовые и пищеводно-желудочные кровотечения, снижение диуреза.

При осмотре живота следует обращать внимание на его форму, наличие равномерных или неравномерных втяжений или выпячиваний, рубцов, усиление перистальтики кишечника, участие живота в акте дыхания, свойства брюшной стенки, движение как самой брюшной стенки, так и видимых сквозь нее органов и патологических образований в брюшной полости. Неравномерное (асимметричное) выпячивание отдельных участков живота встречается при значительном увеличении печени, селезенки, почек, желудка, мочевого пузыря, наличие опухолей и кист.

При пальпации брюшной полости печень увеличена, болезненна, гладкая (плотная, бугристая при циррозе), селезенка тоже может быть увеличена.

Перкуссии живота: выявлении свободной жидкости в брюшной полости и определения границ и размеров некоторых органов. Проводится в положении лежа на спине, на боку. При перкуссии живота здорового человека получаем тимпанический звук.

При аускультации живота здорового человека выслушиваются шумы, возникающие при перистальтике желудка и кишок. При усилении перистальтики над брюшной полостью выслушивается громкое урчание. Отсутствие кишечных шумов является признаком пареза кишечника и бывает при перитонитах. Иногда выслушивается шум трения брюшины над областью печени при перигепатитах.

Из лабораторных данных для заболеваний печени в зависимости от степени поражения характерны анемия, повышение билирубина, АЛАТ, АСАТ, гипонатриемия, повышение аммиака в крови, гипоальбуминемия.

При ультразвуковом исследовании в зависимости от стадии заболевания выявляют гепатомегалию, спленомегалию, изменения эхо-структуры печени, расширение воротной и селезеночной вен, асцит; при эзофагогастроскопии - расширение вен пищевода и желудка.

Выводы. Знание особенностей обследования больного с «алкогольной болезнью печени» позволяет диагностировать заболевание на раннем этапе, снижая риск развития осложнений данной патологии.

РОЛЬ ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ В ТЕЧЕНИИ РЕЗИСТЕНТНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ. КЭА КАК МЕТОД ЕЕ КОРРЕКЦИИ

А.А. Оборин

Пермский государственный университет им. академика Е.А. Вагнера

Научный руководитель д.м.н. ***И.С. Мухамадеев***

Введение: У большинства пациентов с атеросклеротическим поражением прецебральных артерий наблюдается АГ, характеризующаяся устойчивостью к антигипертензивной терапии. По некоторым наблюдениям, у пациентов после каротиднойэндартерэктомии (КЭА) наблюдается антигипертензивный эффект в послеоперационный период.

Цель и задачи: Определить наличие антигипертензивного эффекта после КЭА и его стойкость в послеоперационный период. Найти вероятную причину резистентности артериальной гипертензии при атеросклеротическом поражении сонных артерий посредством оценки мозговой гемодинамики и цереброваскулярного резерва

Материалы и методы: В исследование вошли 15 пациентов с гемодинамически значимым стенозом сонных артерий в анамнезе, у которых фигурировала резистентная АГ I, II или III степени. Оценивались сопутствующие патологии, показатели цереброваскулярной гемодинамики до и после операции: ЛСК, наличие перегибов сонных артерий и позвоночных артерий, цереброваскулярной реактивности сосудов бассейна СМА и состояние кровообращения в ВББ и его заинтересованности в гемодинамическом нарушении. В до и послеоперационный период оценивалось АД.

Результаты: В послеоперационный период происходило улучшение мозговой гемодинамики, в частности увеличение ЛСК по СМА на стороне реконструкции и на противоположной стороне (на 11,6±1,8% и 6,4±0,8%) и увеличение цереброваскулярного резерва: увеличение реактивности артериол в бассейне СМА на стороне реконструкции у 10 пациентов – на 9,45±1,89%. У 6 пациентов имелась тенденция к увеличению реактивности сосудов в ВББ(ЗМА) – на 6,37±1,28%, что говорит о заинтересованности ВББ в нарушении мозговой гемодинамики. У 14 пациентов происходила снижение АД до целевых значений в течении 10 суток.

Выводы: На основании данных клинического исследования можно сделать следующие выводы:

КЭА как один из методов церебральнойреваскуляризации, обладает антигипертензивным эффектом в ранний послеоперационный период. По результатам клинических исследований удалось найти вероятную причину РАГ при стенозе каротидных артерий: существенное снижение кровотока по ВСА приводило к увеличению тонуса сосудов ГМ функциональными системами в целях поддержания кровотока, быстрое развитие мозговой катастрофы приводит к недостаточному развитию коллатералей, что ухудшает состояние мозговой гемодинамики. Наличие стойкого АД и его снижение до целевых значений после операции у пациентов с извитостями прецебральных артерий, также указывает на нарушение гемодинамики ГМ, как причину резистентности АГ.

РЕАКЦИЯ ТКАНИ РАДУЖНОЙ ОБОЛОЧКИ НА ПАТОЛОГИЮ ВНУТРЕННИХ ОРГАНОВ (ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОЙ И МОЧЕПОЛОВОЙ СИСТЕМЫ)

В.А. Савельев

Медицинский университет «Реавиз»

Научные руководители: д.м.н профессор ***Р.А. Дробышева,***

зав. отделением к.м.н. ***Ю.Н. Райков,***

Врач-окулист первой категории ***Т.Э. Дробышева,***

врач высшей категории зав. поликлиникой ***Н.А. Белова,***

врач-терапевт ***Н.С Князева***

Введение:

При заболеваниях органов пищеварительной и мочеполовой системы, наблюдаются определенные изменения со стороны радужной оболочки глаза в определенных проекционных зонах. Эти изменения на радужке проявляются в виде пигментных и токсических пятнах

Эта реакция сохраняется и может служить для оценки состояния того или иного органа.

Цели и задачи.

Цель: показать наличие пигментных и токсических пятен в радужке глаза при поражении органов пищеварительной и мочевыделительной системы и понять их значение.

Задача: изучение реакций пигментных клеток радужки с целью использования их на ранней стадии диагностике в поликлинических условиях у больных с заболеваниями пищеварительной и мочевыделительной системы. А так же своевременного назначения лечения.

Материалы и методы: в поликлиническом кабинете офтальмолога в госпитале ветеранов войн обследовались состояние радужки с помощью щелевой лампы, и все изменения фиксировались на фотокамеру.

Результаты: у больных с патологией пищеварительного тракта нами были обнаружены в определенных зонах радужной оболочки пигментные и токсические пятна, которые варьировали по величине и по окраске. Замечено, что реакция этих пятен находится в определенной зависимости от функционального и патологического состояния пищеварительной системы.

У больных с патологией мочеполовой системы, были так же зарегистрированы реакции со стороны радужной оболочки. Однако структура этих изменений носит немного иной характер.

Выводы: при заболеваниях пищеварительной и мочевыделительной системы, пигментные клетки радужки реагируют на процесс заболевания органов в определенных участках.

В поликлинических условиях при первичном осмотре радужной оболочки глаз, а так же на профосмотрах. Врач офтальмолог может зафиксировать эти изменения, свидетельствующих об органных поражениях для врача общей практики.

Данные могут быть использованы так же врачами-специалистами, как для постановки окончательного диагноза, так и для выбора методов лечения.

СРАВНЕНИЕ МЕДИЦИНСКИХ СЛЕНГОВ В РОССИИ И ВЕЛИКОБРИТАНИИ

Е.А. Савина

Кафедра гуманитарных дисциплин

Медицинский университет «Реавиз»

Научный руководитель:

Старший преподаватель ***В.А. Шуваева***

Сравнение медицинского сленга в России и Великобритании является в настоящее время одной из актуальных проблем лингвистики. Актуальность обусловлена, прежде всего, тем, что понятие «сленг» не является терминологии точным. Зачастую сленгизмы смешивают с другими группами нели-

тературного пласта лексики. В связи с этим определение понятия также не является четким и устоявшимся в современном языкознании. Более того, сленг в рамках медицинской области человеческой жизнедеятельности практически не изучен, по крайней мере, в рамках российских исследований. В рамках зарубежной лингвистики можно назвать несколько ученых, которые занимались или занимаются изучением неформального медицинского сленга. Однако это не позволяет говорить о высокой степени изученности данной проблемы. В связи с этим очевидна актуальность проводимого исследования.

Целью данной работы является сравнение медицинского сленга, использующегося в России и Великобритании. Предметом исследования, определившим цель работы, стал сленг в русском и английском языках (например, уши – фонендоскоп, plumber – уролог). Задачи работы состоят в рассмотрении различий литературной и нелитературной лексики, изучении понятия сленга, характеристике особенностей сленга в России и Великобритании, сравнении примеров русского и английского сленга.

Материалы и методы

Для выборки примеров медицинского сленга русского и английского языка используются интернет-сайты на соответствующую тематику, что вызвано отсутствием полноценных словарей медицинского сленга как русского, так и английского языка. В процессе работы использовались следующие методы исследования: метод анализа научной литературы, метод описания, метод выборки примеров, метод словообразовательного и семантического анализа лексики.

Результаты

Для достижения цели исследования в работе, в первую очередь, рассмотрено определение понятия «сленг» как разновидности нелитературной лексики, субварианта речи, характерного для определенных слоев общества. Далее в работе дается характеристика медицинскому сленгу в русском и английском языке, его семантической составляющей (т.е. тематического диапазона) и словообразовательной составляющей.

Рассмотрев примеры медицинских сленгизмов в русском и английском языках, мы пришли к выводу, что среди основных различий в двух языках выделяется продуктивность тех или иных словообразовательных моделей для образования сленга. Для обоих языков характерно использование аббревиации (RV - правый клапан, НЛО - неподвижно лежащий объект - пациент в коме), метафоризации (albatross - хронический пациент, который постоянно находится в ведении врача до самой смерти одного из них, лыжник - пациент преклонного возраста, который ходит с палочкой), метонимический перенос (garden - неврологическое отделение, в котором лежат больные в коме, которых часто называют «овощами» в нелитературном языке, челюсть – пациент отделения челюстно-лицевой хирургии), окказиональная игра слов (галочка

с фенечкой - комбинация препаратов галоперидола и феназепама, donorcycle - жертвы аварии на мотоциклах).

Только в русском языке медицинский сленг образуется посредством синтаксической компрессии (лежак - лежачий больной) и сочетания сокращения с суффиксацией (ХОБЛист - пациент с ХОБЛ – хронической обструктивной болезнью легких). Только в английском языке наблюдается усечение (chem - химический анализ) и контаминация (foreverectomy - хирургическая процедура, длящаяся очень долгое время).

В обоих языках обнаружено широкое использование культурно-окрашенных лексических единиц для неформального наименования медицинских манипуляций, болезней, типологии медперсонала (например, чебурашка – пациент с обморожением ушей, SharonStoneSyndrome – болезнь в результате изнуряющих физических нагрузок).

Выводы

В результате проведенного исследования выявлены сходства в причинах появления и семантической характеристике медицинских терминов в русском и английском языках. Однако словообразовательные возможности двух языков значительно различаются.

ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ СИНДРОМА ФРЕДЕРИКА

М.М. Стариков

Кафедра внутренних болезней

Медицинский университет «Реавиз»

Научный руководитель к.м.н. ***Е.В. Асеева***

Введение

В реалиях современного мира одним из актуальных и приоритетных направлений клинической медицины является ранняя диагностика заболеваний и различных патологических состояний. От своевременной, точной и максимально верной диагностики зависит успех назначения медикаментозной терапии и процесс выздоровления пациента. В лечебной практике существуют широко встречающиеся, массовые заболевания и синдромы, однако, не стоит забывать о довольно редких, но, тем не менее, опаснейших клинических проявлениях, способных повлечь за собой серьёзный ущерб здоровью пациента и даже его гибель. Именно к такой патологии относится синдром Фредерика, клиническая диагностика которого затрудняется отсутствием классической для фибрилляции предсердий симптоматики.

Синдром, или феномен, Фредерика – это сочетание полной поперечной блокады с фибрилляцией предсердий. ЭКГ-признаками данного синдрома являются волны мерцания (f), которые могут сменяться волнами трепетания (F) предсердий. Импульсы из предсердий не проводятся к желудочкам, кото-

рые возбуждаются водителем ритма, расположенным в атриовентрикулярном соединении, или в проводящей системе самих желудочков. Если возбуждение исходит из атриовентрикулярного соединения, то комплекс QRST не изменён. При идиовентрикулярном ритме комплекс QRS расширен и деформирован по типу блокады ножки пучка Гиса. Желудочковый ритм, как правило, редкий – около 40 уд\мин., интервалы R–R одинаковые.

Симптомы синдрома Фредерика обусловлены снижением насосной функции сердца. Редкий пульс сопровождается кислородным голоданием головного мозга. Гипоксия мозга может проявляться слабостью, головокружением, одышкой, низкой толерантностью к физическим нагрузкам. При значительном снижении частоты желудочкового ритма (20-30 уд\мин.) возникают приступы Морганьи-Адамса-Стокса (пресинкопальные и синкопальные состояния). Они возникают при паузах в работе сердца длительностью более 5 секунд. Такое состояние может развиваться и при отсутствии замещающего желудочкового ритма. Кроме того, брадисистолия при полной атриовентрикулярной блокаде может сопровождаться желудочковой экстрасистолией и склонностью к пароксизмальной желудочковой тахикардии, которая, в свою очередь, является предиктором внезапной смерти.

Результаты и выводы

Таким образом, ранняя диагностика данного синдрома, рассмотренная на примере реальных клинических случаев, является необходимым условием для своевременного медикаментозного и кардиохирургического лечения.

РОЛЬ БРОНХОДИЛАТАТОРОВ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ

О.В. Ульянова

Медицинский университет «Реавиз»

Научный руководитель к.м.н., доцент ***Н.С. Чернышова***

Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) — заболевание, характеризующееся прогрессирующей, частично обратимой бронхиальной обструкцией, которая связана с воспалением дыхательных путей, возникающим под влиянием неблагоприятных факторов внешней среды (курения, профессиональных вредностей, поллютантов и др.). Задачами терапии ХОБЛ являются предупреждение прогрессирования болезни, уменьшение выраженности клинических симптомов, достижение лучшей переносимости физической нагрузки и повышение качества жизни больных, предупреждение осложнений и обострений, а также снижение смертности. Целью данной работы стало изучение роли бронходилататоров в лечении больных с ХОБЛ.

Нами проанализированы литературные данные за последние 10 лет. По данным литературных источников для стабилизации течения ХОБЛ необходимо увеличение объема лечения по мере нарастания тяжести болезни. Его

уменьшение при ХОБЛ, в отличие от бронхиальной астмы, как правило, невозможно. Бронхолитики уменьшают выраженность обратимого компонента обструкции бронхов. В связи с этим использование бронходилататоров является основной базисной терапией. Эти средства используются в режиме «по требованию» или регулярно в зависимости от стадии заболевания: • В 0 стадии (группа риска) – медикаментозная терапия не показана.

• В I стадии – предпочтительнее применение бронходилататоров короткого действия.

• Во II стадии систематически используются один бронходилататор или комбинация препаратов, а также при необходимости ингаляционные короткостероиды.

• В III и IV стадиях рекомендуется регулярное применение бронходилататоров (один и более) и ингаляционных кортикостероидов (если достоверно улучшение клинических и вентиляционных показателей и средств для лечения осложнений. Бронходилататоры, нередко вызывают системные реакции в виде транзиторной дрожи, возбуждения, тахикардию, сухость во рту, повышение артериального давления, поэтому больным с ишемической и гипертонической болезнью применять с осторожностью. Комбинированная терапия ингаляционны миглюкокортикоидами и β2-адреномиметиками длительного действия оказывает существенный дополнительный эффект на функцию легких и клинические симптомы ХОБЛ по сравнению с монотерапией каждым из препаратов. Наибольшее влияние на частоту обострений и качество жизни наблюдается у больных ХОБЛ с ОФВ1<50% от должного. Эти препараты предпочтительно назначать в ингаляционной форме, содержащей их фиксированные комбинации (салметерол/флутиказонпропионат, формотерол/будесонид).

Выводы. Бронходилататоры занимают центральное место в лечении ХОБЛ, их использование повышает качество жизни у данной группы пациентов.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ПОЛЛИНОЗА В Г. САМАРА

Л.Р. Хабибулина

Медицинский университет «Реавиз»

Научный руководитель д.м.н. ***М.В. Манжос***

Введение. Поллиноз - заболевание, обусловленное сенсибилизацией организма к пыльце растений, является одним из самых распространенных сезонных аллергических заболеваний, в разных странах мира число больных составляет от 1 до 20 %. Распространенность аллергических реакций на пыльцу растений имеет региональный характер и обусловлена экологическими условиями региона, разнообразием флоры, степенью аллергенности пыльцы.

Цель работы – изучение особенностей течения поллиноза в г. Самара.

Материалы и методы. Анализ особенностей течения поллиноза проведен на основе показателей отчетных форм (форма №12) за 2013-2014 гг. центра аллергологии и иммунологии ГБУЗ СО «ГБ №6» г. Самара.

Результаты. Течение поллиноза в г.Самара, как и во многих других регионах, имеет четко выраженную сезонность обострений, сопряженную с периодами нарастания концентрации пыльцы в окружающей среде. Продолжительность сезона пыления составила 6 месяцев (первая декада апреля – первая декада октября). В апреле, когда в воздухе регистрировалось максимальное содержание пыльцы деревьев (тополь, береза, ольха, орешник, ива, вяз, клен), частота обострения поллиноза составила 16% за весь сезон палинации. В мае зарегистрировано 15% от числа всех обращений за сезон палинации по поводу обострения поллиноза. В этот период ведущими аллергенами была пыльца злаков и деревьев (береза, клен, сосна). В июне удельный вес обращений по поводу обострения поллиноза составил 10%. В это время в воздушной среде регистрировалась высокая концентрация пыльцевых зерен злаков и сосны, а также маревых, сложноцветных. Наибольшее число обращений по поводу обострения поллиноза пришлось на июль-сентябрь – до 59% от всех случаев. Это связано с тем, что в этот период в воздухе отмечалось не только максимальное содержание пыльцевых зерен полыни, а также амброзии и циклахены. Известно, что пыльцевые зерна полыни и амброзии обладают наиболее высоким сенсибилизирующим потенциалом, по сравнению с пыльцой деревьев и злаков, что определяет тяжелое течение заболевания.

Выводы – выявлены региональные особенности течения поллиноза, обусловленные характером аэропалинологического спектра г. Самара.

ИНТЕНСИВНАЯ ТЕРАПИЯ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ: КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ И ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ (Сообщение 1)

Е.А. Четвертных

СамГМУ

Научный руководитель к.м.н., доцент ***С.А. Пряников***

Фибрилляция предсердий (ФП) - наиболее частая форма нарушения сердечного ритма, которая во многих случаях встречается у здоровых людей, не вызывая нарушений кровообращения и в этих случаях не требует лечения. Согласно современным статистическим данным, ФП наблюдается в 0,4% случаев в общей популяции людей, у 2 - 5% госпитальных больных; среди лиц старше 65 лет в 6,2% - у мужчин и в 4,8% - у женщин.

Цель и задачи исследования: провести эпидемиологический анализ ле-

чебно-диагностической тактики ведения пациентов с ФП, поступающих в терапевтический стационар в порядке оказания неотложной помощи.

Материалы и методы: Обследовано 50 пациентов, поступивших в отделение реанимации и интенсивной терапии терапевтического стационара ДКБ на ст. Самара в 2015 году. Гендерные показатели свидетельствуют о преобладании женщин среди общего числа больных – 29 чел (58%), лица мужского пола составили 21 чел (42%). Пациенты среднего возраста составили 30% (15 чел), пожилого – 70% (35 чел); средний возраст пациентов 62,1±3,5 лет. Среди поступивших 24 пациента имели впервые зарегистрированную ФП, 12 человек – персистирующую форму и 14 пациентов – постоянную форму ФП. У всех пациентов имела место сопутствующая патология: 45 человек (90%) страдали гипертонической болезнью, у 11 человек (22%) в анамнезе имел место перенесенный инфаркт миокарда, у 24 человек (48%) диагностированы различные пороки клапанного аппарата сердца. При поступлении в отделение реанимации и интенсивной терапии всем пациентам выполнялись инструментальные (ЭКГ, ЭХО-КГ) и лабораторные (общий анализ крови, ПТИ, МНО, АЧТВ, тропониновые тесты) исследования. Всем пациентам проводился неинвазивный мониторинг гемодинамики, постоянный ЭКГ-мониторинг.

Полученные данные определяли тактику восстановления сердечного ритма – медикаментозную или электрокардиоверсию.

При отсутствии противопоказаний к кардиоверсии определяют степень срочности проведения ее, характер мероприятий для восстановления синусового ритма (медикаментозная, электроимпульсная терапия).

Электроимпульсная терапия проведена у 19 из 50 больных. Методика проведения: энергия начального разряда составляла 200 Дж, при неэффективности разряда в 200 Дж проводится наращивание энергии разряда до 360 Дж Интервал между разрядами 1-2 минуты. Для снижения риска рецидива ФП после успешнойкардиоверсии перед ЭИТ вводили кордарон по 150 мг в/в струйно в течение 10-20 мин.

Результаты: В 13 случаях методом кардиоверсии удалось восстановить сердечный ритм и в дальнейшем поддерживать его медикаментозной терапией; у 5 больных в течение 1-2 суток вновь возник срыв сердечного ритма; у 1 пациента произошла остановка сердечной деятельности, восстановить которую не удалось.

Медикаментозная тактика восстановления сердечного ритма проводилась в соответствии с алгоритмами Национальных рекомендаций по диагностике и лечению фибрилляции предсердий и включала применение гепарина, варфарина, а также антиаритмических препаратов – кордарона, хлорида калия, дигоксина и коронала в общепринятых дозировках. Результатом проведенной терапии явилось медикаментозное восстановление сердечного ритма у 24 пациентов, у 7 пациентов ФП переведена в нормосистолическую форму.

Стандартным условием ведения пациентов с ФП считаем определение факторов риска возникновения кровотечений (по шкале HAS-BLED) и возникновения инсультов (по шкале CHA2DS2VASc). У 32 человек (64%) был определен незначительный риск развития кровотечений по шкале HAS-BLED, у 18 человек (36%) – риск высокий. 46 пациентов (92%) имели высокий риск возникновения инсультов по шкале CHA2DS2VASc, у 4 больных (8%) – риск умеренный.

Средняя продолжительность лечения пациентов с ФП в отделении реанимации и интенсивной терапии составила 2,82 койко-дня.

Выводы: Обобщенный анализ интенсивной терапии пациентов с фибрилляцией предсердий в условиях терапевтического стационара способствует оптимизации лечебно-диагностической тактики и улучшению качества лечения таких больных.

Секция 5.
АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ КЛИНИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ

БАКТЕРИОФАГИ:ВРАГИ НАШИХ ВРАГОВ-НАШИ ДРУЗЬЯ

И.В. Алексеев
Саратовский медицинский университет «Реавиз»
Научный руководитель д.м.н. ***Е.А. Пронина***

Введение:На протяжении XX века человечеством были открыты сразу два способа лечения инфекционных заболеваний:применение бактериофагов и применение антибактериальных препаратов.Про первый способ терапии быстро забыли в середине 1940-1950 гг.и на протяжении более чем 60 лет приоритетным направлением лечения бактериальных заболеваний является применение антибиотиков,но на протяжении шестидесяти лет были выявлены недостатки данной группы препаратов – это дороговизна синтезирования новых препаратов,а так же способность бактерий развивать устойчивость по отношению к антибиотикам.В результате человечество вынужденно вести постоянную «гонку вооружений», разрабатывая все новые виды антибактериальных препаратов, одним из альтернативных способов может быть «возвращение к истокам»-т.е к изучению и производству фаговых препаратов.

Цели и задачи работы: определение роли и значения бактериальных препаратов в клинической практике на основе изучения морфологических особенностей строения фагов и механизма действия фага на бактериальную клетку.

Материалы и методы: материалом для данного доклада служат статьи и научные доклады ,опубликованные в профильных журналах и каталогах .

Результаты: применение фаговых препаратов заняло прочную нишу в клинической практике ,а именно: в урологической и гастроэнтерологической практике ,хирургии и отолоринголоии.

Выводы:Ввиду удорожания и увеличения сроков синтезирования новых антибактериальных препаратов,а также развития резистентности бактерий к действию антибиотиков , изучение и разработка новых фаговых препаратов в настоящее время может стать приоритетным направлением науки и перспективным способом лечения инфекционных заболеваний.

МОЛЕКУЛЯРНЫЕ МЕХАНИЗМЫ РАЗВИТИЯ ГИПЕРУРИКЕМИИ И ПОДАГРЫ

С.С. Бородулин

Кафедра медико-биологических дисциплин
Московский медицинский университет «Реавиз»
Научный руководитель кандидат биологических наук,
доцент ***О. Л. Евстафьева***

Введение. Гиперурикемия возникает вследствие нарушения обмена нуклеиновых кислот, которые непосредственно входят в ДНК и РНК, без которых невозможно существование живых организмов. Вышеуказанные нарушения приводят к серьёзным последствиям – нарушению синтеза белка, накоплению продуктов распада, дефициту ферментов и другим нарушениям в органах и тканях и их функционированию.

Цель исследования. Оценить на примере гиперурикемии нарушение обмена нуклеиновых кислот, рассмотреть ее причины и последствия, используемые лекарственные средства и их механизмы действия.

Материалы и методы. Основной метод исследования – теоретическое исследование (теоретический анализ). В работе использовались данные из последних научных медицинских статей и конференций, анализировались биохимические реакции, происходящие в клетке при нарушениях обмена мочевой кислоты и реакции восстановления ее метаболизма.

Результаты. Проанализированы нарушения обмена нуклеиновых кислот на примере гиперурикемии, механизмы нарушения обмена мочевой кислоты с ее последствиями (подагра, нефропатия). Найдены работы, в которых прослеживается связь увеличенного образования мочевой кислоты с повышенным интеллектуальным развитием человека. Определена важность и значимость «путей спасения», которые дают возможность повторного использования пуринов. Рассмотрены положительные и отрицательные стороны лечения гиперурикемии ингибиторами ксантиноксидазы (на примере аллопуринола).

Выводы. Прослежена связь всех процессов метаболизма мочевой кислоты (нарушения, последствия нарушений, лечение нарушений) на молекулярном уровне. Показана важность эффекта дозы препаратов при лечении нарушений обмена нуклеиновых кислот, так как возможны нарушения параллельных процессов, идущих в норме. Отмечается значимость исследований в этой области, так как нуклеотиды входят в структуру ДНК и РНК, выполняющих правильное хранение и передачу информации.

ИССЛЕДОВАНИЕ ИЗМЕНЕНИЯ БИОЭЛЕКТРИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ ГОЛОВНОГО МОЗГА ВО ВРЕМЯ ПРОХОЖДЕНИЯ ПОПУЛЯРНЫХ КОМПЬЮТЕРНЫХ ИГР

Е.В. Геккель, А.С. Пирожкова

СПбГПМУ

Научный руководитель к. м. н., старший преподаватель ***Н.Ю. Кипятков***

Введение: В реальной жизни мы наблюдаем глобальную популяризацию компьютерных игр среди людей различных возрастов. Целью нашей исследовательской работы стало изучение влияния двух популярных игр (Сапёр, Limbo) на активность головного мозга исследуемых.

Материалы и методы: на базе отделения функциональной диагностики СПб ГБУЗ «Психоневрологический диспансер № 1» было проведено исследование 10 добровольцев в возрасте от 19 до 22 лет (2 мужчин, 8 женщин). Всем испытуемым было сделана запись 18 канальная монополярная ЭЭГ по международной системе «10-20» с усредненным электродом в качестве референта на аппарате Мицар-ЭЭГ-202 , полученные записи про анализировались визуально с помощью программного комплекса WiNEEG 2.89, также были программными способами были рассчитаны индексы ЭЭГ по каждому из стандартных ЭЭГ-диапазонов. Нами изучалась биоэлектрическая активность головного мозга испытуемых до и во время прохождения предложенных игр.

Результаты: В фоновой биоэлектрической активности у всех испытуемых преобладал альфа-ритм по всем отведениям (средний индекс альфа-ритма в группе 80%). При открытых глазах у всех испытуемых наблюдалась реакция десинхронизации с возвращением альфа-ритма на 5-8 секунде. При игре в сапера отмечены две реакции: реакция десинхронизации при начале игры (100% испытуемых), повышение индекса альфа-ритма до исходных величин на 7-9 секунде (у 3 добровольцев), со сниженной на 25% амплитудой у 2 человек и с исходной амплитудой фоновой записи у 5 испытуемых. Все описанные признаки имеют достаточный уровень статистической достоверности ($p \leq 0,05$). При игре в Limbo наблюдались подобная реакция десинхронизации при начале игры, однако возвращение альфа-ритма до исходных величин происходило быстрее (на 3-5 секунде).

Выводы: разнонаправленность игр (Limbo-пазл-платформер; Сапер – головоломка) определяет длительность бета-активности и скорость возврата альфа-ритма до исходных величин. При этом независимо от игры уже с 10 секунды, фактически, мозг возвращается к режиму «покоя», что подчеркивает низкую когнитивную деятельности при игре на компьютере.

ИНИДИВИДУАЛЬНАЯ АНАТОМИЧЕСКАЯ ИЗМЕНЧИВОСТЬ АРХИЦЕРЕБЕЛЛЮМА ЧЕЛОВЕКА

М.Ю. Кравченко, К.В. Корсунов, А.В. Дрокин
Харьковский национальный медицинский университет
Научный руководитель к.м.н., доцент ***А.Ю. Степаненко***

Введение

Мозжечок играет важную роль в поддержании равновесия тела и координации движений. В последние годы возрос интерес к изучению анатомии центральной нервной системы (ЦНС) благодаря появлению и широкому использованию магнитно-резонансной томографии (МРТ) и компьютерной томографии (КТ), позволяющие изучать анатомию ЦНС живых людей. При сравнении изображений мозжечка в различных анатомических атласах, можно заметить различия в его строении, что свидетельствует о наличии его индивидуальной изменчивости.

Цели и задачи

Цель данной работы - определить индивидуальную анатомическую изменчивость формы архицеребеллюма с учетом пола, морфометрических показателей черепа и мозжечка, краниотипу.

Материалы и методы

Исследование проведено на 220 объектах - трупах людей (мужчин - 131, женщин - 89), умерших от причин, не связанных с патологией ЦНС в возрасте от 20 до 99 лет. Исследовались срединные сагиттальные срезы червя мозжечка. Учитывались особенности формы и разветвления белого вещества X дольки червя мозжечка, а также строение листков серого вещества: расположение, количество, форма, симметрия, размеры. Полученные результаты оценивали статистически.

Результаты

Выявлено, что главный ствол белого вещества X дольки червя мозжечка не разветвляется. Наиболее типичным является вариант формы, когда 1й отдел главного ствола прилегает к нижнему мозговому парусу, далее - проходит самостоятельно, заканчивается остроконечной верхушкой. Также, преимущественно у лиц пожилого возраста, встречаются такие варианты формы, когда X долька атрофирована или отсутствует.

Существуют поверхностные листки серого вещества, достигающие поверхности мозжечка и формирующие верхушку дольки, и скрытые листки. По расположению скрытых листков серого вещества выделяются 2 отдела дольки:

1 - Основа - главный ствол белого вещества тесно прилегает к нижнему мозговому парусу, листки серого вещества расположены только на поверхности, прилегающей к IX дольке.

2 - Свободная часть - листки серого вещества расположены на обеих по-

верхностях.

Количество листков на основании варьирует от 0 до 6, чаще всего встречается 2 листка - 49 (22,3%), 3 листка - 64 (29,1%), 4 листка - 50 (22,7%).

Количество листьев на свободной части варьирует на каждой поверхности - от 0 до 5, общее количество - от 0 до 10. Чаще всего количество листков на обеих поверхностях совпадает - 159 (72,3%), при этом, чаще всего встречаются такие варианты взаимного расположения листков « 3 + 3 »- 66 (30%),« 2 + 2 »- 43 (19,54%). Также отмечается сильная положительная корреляционная связь между количеством листков на обеих поверхностях (+0,908), между количеством листков, прилегающей к IX дольки и общим количеством (+0,977), между количеством листков на поверхности, противоположной IX дольке, и общим количеством (+0,976). Между общим количеством листков на свободной части и основании существует слабая отрицательная корреляционная связь (-0,174).

Верхушка дольки чаще бывает представлена 1 листком - 152 (69,1%), 2 листками - 64 (29,1%), 3 листками - 4 (1,8%).

Существенной зависимости между исследованными показателями и полом, морфометрическими показателями черепа (длина, ширина, объем) и мозжечка (вес, объем, длина, ширина, высота), краниотипом не обнаружено.

Выводы

Таким образом, установлено, что существует выраженная индивидуальная изменчивость строения архицеребеллюма, а именно - листков серого вещества. Строение этого отдела мозжечка не зависит от пола, размеров мозжечка, размеров и формы черепа.

КРОВОСНАБЖЕНИЕ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИ ЕЕ ПАТОЛОГИИ

М.Г. Курильчик

Гродненский государственный медицинский университет

Научный руководитель к.м.н., доцент ***Д.А. Волчкевич***

Актуальность. Патология щитовидной железы занимает значительное место в структуре заболеваний эндокринной системы. Согласно статистическим данным нарушениями в работе щитовидной железы страдает до трети всего населения планеты. Тиреоидный статус оказывает существенное влияние на течение целого ряда заболеваний других органов и систем: сердечно-сосудистой системы, опорно-двигательного аппарата, почек, нервно-психических расстройств и других. Особенно острой проблема патологии щитовидной железы стала после катастрофы на Чернобыльской АЭС. Тиреопатологии обусловлены такими причинами, как дефицит йода в окружающей среде, генетические нарушения и др. Однако, интересно узнать,

влияют ли особенности кровоснабжения железы на ее строение и развитие патологии.

Цель и задачи: изучить особенности артериального русла щитовидной железы при тиреопатологии.

Материалы и методы исследования: материалом исследования послужили 20 пациентов обоего пола в возрастном диапазоне от 14 до 76 лет с различнымитиреопатологиями. Для проведения научной работы были использованы такие методы, как ультразвуковое исследование, морфометрический и статистический метод с использованием программы Statistika 10.0. Корреляционная зависимость исследовалась с использованием критерия Спирмана.

Результаты и обсуждения: для изучения объема щитовидной железы использовалась общепринятая формула V=0,479*A*B*C, где A – ширина доли щитовидной железы, B – ее длина, C – глубина, 0,479 – поправочный коэффициент (параметры A, B и C были установлены во время ультразвукового исследования). Было установлено, что объем щитовидной железы в среднем составляет 10 см^3. Причем правая доля больше (5,4±0,2 см^3) по сравнению с левой (4,6±0,2 см^3). При этом следует отметить, что средний диаметр левых (верхней и нижней) артерий, питающих щитовидную железу, примерно был сопоставим среднему диаметру правых щитовидных артерий (1,22±0,12 мм и 1,26±0,1 мм соответственно). Однако правые щитовидные артерии были длиннее (6,24±0,41 см) левых (5,9±0,44 см).

Результаты исследования показали наличие корреляционной зависимости между некоторыми морфометрическими показателями железы. Так, например, длина правой доли прямо пропорциональна длине левой (R=0,8). Длина и ширина правой доли также коррелируют между собой (R=0,91). Толщина левой доли щитовидной железы коррелирует с толщиной правой доли (R=0,85).

Выводы: были показаны анатомические особенности строения щитовидной железы, а также корреляция ее некоторых морфометрических показателей.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1.Пивченко П.Г., Трушель Н.А. Особенности строения сосудов щитовидной железы человека. – Журнал ГрГМУ. – 2006. – Том 13, № 1. – С. 46-47.

2. Акилов А.Т. К возрастным особенностям артериального кровоснабжения щитовидной железы человека. - Мед.журн. Узбекистана. - 1960. - N 9. - С. 63-68.

3. Борова Г.А. К анатомии артерий щитовидной железы // Сб. науч. ст. Иванов.мед. ин-а. -1959. - Т 2, № 12. - С. 12-18.

4. Демидчик Е.П., Цыб А.Ф., Лушников Е.Ф. Рак щитовидной железы у детей: Последствия аварии на Чернобыльской АЭС. - М.: Медицина, 1996. - 207 с.

ИССЛЕДОВАНИЕ МОРФОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ ВЛАГАЛИЩНЫХ МАЗКОВ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ СОСТОЯНИЯХ ЛАБОРАТОРНЫХ КРЫС

А.В. Локтаева, М.С. Ильина
Самарский университет
Научный руководитель к.б.н., доцент ***В.И. Беляков***

Введение. По мнению ряда авторов гормональная система контроля репродуктивной функции и циклического изменения состояния вагинального мазка самок-грызунов (как спонтанно овулирующих животных) в целом сходна с таковой у женщин. Это даёт основание для использования метода оценки эстрального цикла по картине влагалищного мазка у крыс в модельном изучении влияния генетических или иных факторов (эмоциональных) на репродуктивную функцию женского организма.

Цель исследования – определить морфологическую картину влагалищного мазка в нормальных физиологических условиях и при моделировании депрессивного состояния у крыс.

Материалы и методы. Исследования проведены на 32 половозрелых крысах-самках с учётом Правил лабораторной практики и директив Европейской Конвенции по защите позвоночных животных (Страсбург, 1986) и одобрены комитетом по биоэтике Самарского университета. Влагалищные мазки брали при помощи тонкой ватной палочки, помещали на предметное стекло и окрашивали с использованием различных красителей (1% раствор метиленового синего, краска Романовского). Фазы эстрального цикла (диэструс, проэструс, эструс, метаэструс) определяли с использованием микроскопа «МикМед», по соотношению основных типов клеток в мазке: лейкоциты, промежуточные эпителиальные клетки, поверхностные клетки или чешуйки, парабазальные клетки. Для компьютерной визуализации изображения дополнительно использовали микроскоп, оснащенный цифровой насадкой. Вагинальные мазки исследовались ежедневно на протяжении двух недель в утренние часы. Следует отметить, что исходя из короткого времени всего эстрального цикла (4-5 дней) и динамичного перехода одной основной стадии в другую, достаточно часто регистрировались переходные стадии. Для построения кольпоцитограммы производили оценку кариопикнотического индекса (%); индекса промежуточных клеток (%); индекса созревания.

Результаты. Установлено, что цитологические особенности влагалищных мазков крыс определяются стадиями эстрального цикла. Изменения содержания в мазках поверхностных, промежуточных и парабазальных клеток, а также индексов пикнотических изменений и зрелости связаны с проявлением циклического действия эстрогенов, контролируемого гипоталамо-гипофизарной системой.

Выводы. Картина влагалищного мазка определяется общим физиологиче-

ским и эмоциональным состоянием крыс. Так, в условиях резерпиновой модели депрессии наблюдается изменение протекания эстральных циклов, о чем свидетельствует снижение представленности в картине влагалищных мазков поверхностных клеток, сочетающееся с уменьшением индекса кариопикнотических изменений. По всей видимости, эмоциогенный сбой может обеспечивать нарушение механизмов гормонального контроля функции яичников и вызывать развитие гипоэстрогенного состояния.

ПОРАЖЕНИЕ ПОЧЕК ПРИ СИСТЕМНЫХ И ОРГАННОМ ВАСКУЛИТАХ

С.И. Новик

Белорусский государственный медицинский университет

Научные руководители: к.м.н., доцент ***З.Н. Брагина****,*

аспирант ***М.В. Дмитриева***

Цели и задачи: анализ морфологии и клиники почечного повреждения при системных и органном васкулитах по данным нефробиопсий.

Материалы и методы. Проанализированы биопсийные карты пациентов с васкулитами за 2011-2015 г вУЗ «Городское клиническое патологоанатомическое бюро» г. Минска. Гистологические препараты окрашивали гематоксилином-эозином, реактивом Шиффа, конго красным, серебром по Джонсу, трихромом по Массону. Проведено прямое ИФ исследование с иммуноглобулинами классов G, A, M, компонентами комплемента C3 и C1q, фибриногеном, κ и λ легкими цепями. Статистическое исследование проведено с помощью программы Statistica 8.

Результаты. Случаи васкулита выявлены в 60 (8,6%) биоптатахнативных почек. Возраст колебался от 19 до 75 лет (средний возраст 42,5±14,71 года). Соотношение мужчин и женщин 1:1,1. В 32 (53,3%) случаях имел место васкулит, ограниченный только почками (органный), в 28 (46,7%) выявлен системный процесс. У 33 (55%) пациентов диагностирован малоиммунный (МИ) васкулит, у 5 (8,3%) васкулит связанный с антителами к гломерулярной базальной мембране (анти-ГБМ), у 17 (28,3%) IgAваскулит (IgAB). ГН при смешанной криоглобулинемии (СКГ) наблюдался в 5 (8,3%) случаях, из них в 4 (80%) выявлен вирусный гепатит С. Артериальная гипертензия (АГ) определялась в 35 (58,3%) случаях, нефротический синдром (НС) в 12 (20%), снижение функции почек в 43 (71,7%). Выделены две группы пациентов: первую составили 33 случая МИ васкулита, вторую –22 случая васкулитаиммунокомплексного (ИК) генеза (IgAB и СКГ). Поражение кожи ассоциировано с ИК васкулитом (хи-квадрат=8,86,$p<0,01$). Для МИ васкулита характерна связь с легочно-почечным синдромом (хи-квадрат=16,0,$p<0,001$) и нарушением функции почек (хи-квадрат=16,0,$p<0,001$). При сравнительной оценке пора-

жения ЖКТ (хи-квадрат=0,78, p>0,05), суставов (хи-квадрат=0,1,p>0,05) и ЦНС (хи-квадрат=1,97,p>0,05) в исследуемых группах пациентов достоверных различий не выявлено. Не установлено также статистически значимой связи с АГ (хи-квадрат=1,77, p>0,05) и НС (хи-квадрат=0,17,p>0,05). Наличие полулуний (хи-квадрат=10,72; p<0,001) и некрозов (хи-квадрат=6,11, p<0,05) в клубочках при оценке нефробиоптатов ассоциировано с МИ васкулитом.

Выводы. Поражение почек наблюдается при системных (46,7%) и органном (53,3%) васкулитах. Малоиммунныйваскулит ассоциирован с легочно-почечным синдромом (хи-квадрат=16,0, p<0,001), нарушением функции почек(хи-квадрат=16,0,p<0,001), наличием полулуний (хи-квадрат=10,72, p<0,001) и некрозов (хи-квадрат=6,11, p<0,05) в клубочках, иммунокомплексный – с поражением кожи (хи-квадрат=8,86, p<0,01).

ФОКАЛЬНАЯ ИШЕМИЯ, ФОТОИНДУЦИРОВАННЫЙ ТРОМБОЗ СОСУДОВ ГОЛОВНОГО МОЗГА. МОРФОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ

В.А. Сергеев, М.В. Иванова

Кафедра морфологии и патологии

Московский медицинский университет «Реавиз»

Научные руководители: д.м.н., профессор ***В.Г. Тактаров,***

к.м.н., доцент ***И.В. Барсков***

Введение. Острое нарушение мозгового кровообращения занимает третье место среди причин смертности в развитых странах, и является одной из ведущих причин развития нетрудоспособности. Основное требование при изучении различных форм ишемического повреждения головного мозга заключается в необходимости применения экспериментальных моделей, наиболее близко воспроизводящих клинические аналоги этой формы патологии. Это позволяет проводить объективное изучение патоморфологических, биохимических и ультраструктурных изменений в ЦНС.

Целью данной работы явилось проведение расширенного морфологического анализа фокальных очагов ишемического повреждения анатомических структур головного мозга на экспериментальной модели фокального ишемического повреждения ЦНС при фотоиндуцированном тромбозе сосудов головного мозга.

Материалы и методы. Эксперименты выполнены на самцах крыс линии Вистар массой 180-200г. Фокальный ишемический инфаркт структур головного мозга крыс создавали методом светового (только кора) и лазерного фотоиндуцированного тромбоза. Животных наркотизировали хлоралгидратом. Фотосенсибилизирующий краситель бенгальский розовый вводили в яремную вену. Голову животных фиксировали в стереотаксисе и после продольного срединного разреза кожи удаляли надкостницу. Световод (диаметр

светового пучка 3мм) и лазер устанавливали на расстоянии 1мм от поверхности черепа. Время экспозиции составляло 20 мин. для световода и 7 мин. для лазера. Постишемический период составлял 24 часа и 4 суток. Гистологическую и морфометрическую обработку головного мозга крыс проводили по общепринятым методикам.

Результаты. При помощи фотоиндуцированного тромбоза смоделированы, гистологически и морфометрически проанализированы ишемические повреждения ЦНС крыс.

Выводы: Выявлена возможность применения данной экспериментальной модели для анализа механизмов ишемического повреждения и поиска способов фармакологической стимуляции регенераторных процессов в головном мозге наряду с нормализацией функционального состояния ЦНС в постишемическом периоде.

Работа была проведена на экспериментальной базе НЦ неврологии РАН.

ПРИРОДНАЯ ОСНОВА ГИСТОЛОГИЧЕСКИХ КРАСИТЕЛЕЙ. ТИНКТОРИАЛЬНЫЕ СВОЙСТВА ЧЕРНИКИ, КАК ГИСТОЛОГИЧЕСКОГО КРАСИТЕЛЯ

И.В. Штучный

Московский медицинский университет «Реавиз»

Научный руководитель к.м.н, доцент ***И.В. Барсков***

Введение. В настоящее время продолжается научный поиск эффективных и качественных гистологических красителей природной основы, способных полноценно заменить более дорогие химические аналоги.

Целью настоящего исследования явилось изучение тинкториальных свойств гистологических красителей природной основы, а также оценка качества окраски гистологического материала и исследование химических свойств таких природных красителей, позволяющих в полной мере связываться с оксифильными и базофильными клеточными структурами, что приведет к изготовлению менее токсичного красителя и использовать вещество как специализированный способ в патоморфологической диагностике нозологий.

Материалы и методы: Для проведения настоящей работы использовали гистологический аутопсийный материал лабораторных животных (крыс линии Вистар). Гистологическую обработку мазков проводили по общепринятым методикам. Препараты окрашивались красителями природной основы (свежевыжатые соки черники, моркови и свеклы), после чего исследовались в световом видеомикроскопе.

Выводы: Оксифильный краситель на основе морковного сока (бета-каротин) способен связываться с щелочными структурами клетки и избирательно

окрашивает ядра клеток, что позволяет изучать структуру хроматина.

Краситель на основе свекольного сока избирательно окрашивает оксифильные структуры - цитоплазму гепатоцитов, кардиомиоцитов и гладко-мышечных клеток оболочек желудочно-кишечного тракта.

При исследовании базофильных свойств черничного сока, выявлено, что клеточные ядра в исследуемых тканях окрашиваются в голубой цвет, а элементы цитоплазмы синтезирующие белок (гранулярная ЭПС) окрашиваются в синий.

Секция 6.
НОВЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ВНУТРЕННИХ БОЛЕЗНЕЙ

АНАЛИЗ ПСИХОСОМАТИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ И АБДОМИНАЛЬНЫМ ОЖИРЕНИЕМ

Е.К. Беков, В.В. Ли

Карагандинский Государственный Медицинский Университет

Научные руководители: д.м.н., профессор ***Р.Е. Бакирова,***

д.б.н., профессор ***Л.Е. Муравлёва***

Анализ психосоматического состояния у пациентов с артериальной гипертонией и абдоминальным ожирением

Ведение: Сочетание артериальной гипертонии и абдоминального ожирения в современном мире является одной из актуальных клинических проблем медицины по своей медико-социальной значимости, которая обусловлена высокой частотой и продолжающимся ростом распространенности, тесной корреляцией с развитием кардиоваскулярных событий. Артериальная гипертония в сочетании с абдоминальным ожирением (АО), входит как компонент метаболического синдрома (МС).

По данным разных авторов частота встречаемости данного сочетания среди взрослого населения составляет 15-33,9%, и частота встречаемости у женщин выше по сравнению с мужчинами. Частота данного сочетания увеличивается с возрастом, которая составляет: 17% среди лиц от 18 до 39 лет и 39%- среди лиц в возрасте от 70 до 79%.

Сочетание артериальной гипертонии и абдоминального ожирения является мощным фактором риска развития сахарного диабета 2 типа и сердечно-сосудистой патологии, ассоциированной с сердечно-сосудистой и общей смертностью. В исследовании FraminghamHeartStudy наличие МС повышало риск развития сердечно-сосудистых заболеваний в 2,5 раза у мужчин и 1,58 раза у женщин,.

Цель и задачи работы — провести психофизиологическое обследование пациентов с артериальной гипертонией и абдоминальным ожирением, оценка состояния психологического здоровья, уровня артериального давления и определения степени кардиоваскулярного риска.

Материалы и Методы: клинико-инструментальные, психофизиологические, статистические методы исследования

Результаты: Установлено, что среди обследованных пациентов с артериальной гипертонией и абдоминальным ожирением, чаще всего встречались в возрастных группах 40-49 и 50-59 лет (26,23±5,63% и 40,98±6,29% соот-

ветственно). Среди обследованных преобладали женщины - 63,93±6,15%. Ведущими компонентами МС были ожирение и артериальная гипертония (83,61±4,74%) с преобладанием гипертонии второй степени (66,67±6,60%).

Анализируя состояние вегетативной регуляции сердечного ритма выявлено общее снижение активности симпатического и парасимпатического отделов с сохранением преимущественного влияния симпатической нервной системы. У 36% пациентов отмечаются снижение жизненной энергии, утомляемость, особенно выражено у женщин, которая влияет на качество ежедневной деятельности. Около 21% попадает под определение «низкий» и очень «низкий» уровень психологического здоровья. Выявленная проблема тревожности у исследуемых пациентов имел соматический характер, которую пациенты связывали с недомоганием, усталостью, переутомлением и перенапряжением. Также отмечается низкий уровень функциональной активности центральной нервной системы, с преобладанием процессов торможения и сниженным уровнем функциональных возможностей центральной нервной системы.

Выводы: Таким образом, необходимо наряду с лечением артериальной гипертонии и абдоминального ожирения, проводить мероприятия по коррекции психофизиологического состояния.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ДИНАМИЧЕСКОЙ ЭЛЕКТРОНЕЙРОСТИМУЛЯЦИИ В ТЕРАПИИ АУТИЗМА У ДЕТЕЙ

А.В. Боровикова

Саратовский медицинский университет «Реавиз»

Научный руководитель к.м.н., доцент ***О.И. Дралина***

Практический руководитель врач-педиатр медицинского центра «Саратов – ДЭНС» ***И.П. Усачева***

Введение. Аутизм – нарушение психического развития, возникающее вследствие нарушения развития головного мозга и характеризующееся выраженным и всесторонним дефицитом социального взаимодействия и общения, ограниченными интересами и повторяющимися действиями.

Аутизм может быть результатом дезинтеграции процессов развития головного мозга еще до рождения ребенка. Аутизм влияет развитие ребенка. Речь у таких детей развивается медленно, ребенок может использовать жесты вместо слов или придавать словам неверное значение. Предпочитая проводить время в одиночестве, они не играют с другими детьми. При этом заболевании человек может повторять какие-либо действия или слова по несколько раз. Классическая терапия аутизма включает: специальную диету, ограничивающую прием продуктов с содержанием глютена и казеина, применение лекарств, трудотерапию, ЛФК, посещение врача психиатра, логопеда и

специальных обучающих групп. В последние годы в комплексное лечение таких больных используется динамическаяэлектронейстимуляция (ДЭНС-терапия).

Цель исследования. Изучить эффективность применения ДЭНС-терапии в сочетании с классической терапией в коррекции аутизма.

Исследование. Нами были проведены исследования применения ДЭНС-терапии в коррекции аутизма 10 пациентов, детей в возрасте от 5 до 9 лет на базе Медицинского центра «Саратов-ДЭНС». Электронейростимуляция проводилась на зоны лба и висков, которые соответствуют формированию поведения и общения. Применялись низкие частоты 10, 20 Гц. Время воздействия зависело от возраста пациента. При электронейростимуляции речевых зон (середина носогубной складки, область красной каймы верхней губы, зона, расположенная под подбородком, язык и печень) применялись частоты 10, 20, 77 и модулируемая частота 77-10 Гц. Время воздействия от 1 до 10 минут. Дополнительно стимулировались точки общей регуляции на затылочной и височной области головы по методу «бритой головы», точки хэ-гу, цзу-саньли и антистрессовые зоны – шейно-воротниковая зона, между лопатками и стопы. ДЭНС-терапия проводилась курсами. Годовой курс лечения делится на 2 этапа. На первом этапе пациент получает 3 курса электронейростимуляции: первый состоит из 21 сеанса ежедневно, два следующих - по 7-10 сеансов ежемесячно. Второй этап состоит из 4-х курсов по 7-10 сеансов каждые 2 месяца, которые включают в себя сеанс электронейростимуляции и классическую терапию. Длительность курсов подбирается индивидуально.

Результаты исследования. Результаты терапии фиксировались по шкале оценки психо-речевого развития ребенка в баллах. Отмечались данные до начала курса электронейростимуляции и после прохождения терапии. Минимальный балл 1, максимальный - в разделе речь 16 баллов, в остальных-7 баллов. В разделе речь оценивались показатели: наличие речи, произношение отдельных звуков, слогов, слов, фраз и их количество.

Общение в микросоциальных группах оценивалось по следующим показателям: уровень отрешения, выполнение просьб, понимание речи собеседника, общение с родственниками и ровесниками. В разделе особенности поведения оценивались показали от выраженного психомоторного возбуждения, агрессии к себе и окружающим до легкого упрямства, шаловливости и полного упорядоченного поведения. Разница в баллах до и после курса лечения наглядно показывает положительное действие ДЭНС-терапии в коррекции аутизма. Наибольшая разница (улучшение психо-речевого развития в 1,5 раза) была зафиксирована у 2-х пациентов, которые в конце курса были допущены до занятий в среднеобразовательной школе.

Вывод. В результате проведенных процедур электронейростимуляции у всех пациентов наблюдается положительная динамика: улучшение звукопроизношения слов, складывание их в предложения, появление интереса к

общению с родственниками и ровесниками, формирование упорядоченного поведения. Отмечается улучшение общего самочувствия, понижение психомоторного возбуждения и повышение работоспособности.

ДЭНС-терапия в сочетании с классической терапией является эффективным способом коррекции аутизма.

ИЗУЧЕНИЕ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ И РЕАКТИВНЫХ СВОЙСТВ КЛЕТОК В НАТИВНОЙ КАПЛЕ КРОВИ

А.А. Бочкарев

Медицинский университет «Реавиз»

Научные руководители: д.м.н., профессор, Врач высшей квалификационной категории ***Р.А. Дробышева****, заведующая клинико-диагностической лабораторией ГБУЗ СОКГВВ* ***И.С. Владимирова****, Начальник ГБУЗ СОКГВВ., д.м.н* ***О.Г. Яковлев***

Кровь — это жидкая соединительная ткань, которая распространена по всему организму. Она достигает самые отдаленные клетки и принимает активное участие во всех метаболических процессах.

Актуальность: Известно, кровь широко изучается во всех аспектах - морфологических, биохимических, иммунологических и т.д. По состоянию клеток крови (их количественному составу) ставится диагноз. Содержимое плазмы дает ответ на многие вопросы, например, о состоянии эндокринной системы. Нативная капля крови изучается преимущественно для диагностики малярии. Однако неизученными остаются многие вопросы о реакции лейкоцитов при различных патологиях.

Методы и материалы: У пациента проводится забор капиллярной крови из пальца, помещается на предметное стекло и закрывается стерильным покровным стеклом. Просмотр препаратов осуществляется на световом микроскопе с объективом - 60 окуляром -10, подключенным к компьютеру с необходимым для данной работы программным обеспечением, и просматривается с параллельной фиксацией результатов на компьютере. Все исследования проводились в клинической лаборатории госпиталя, имеющего лицензию на эти виды работ.

Результаты: нами обследованы пациенты с ИБС, гипертонической болезнью, аденомой надпочечника.

Окраска эритроцитов совпадает с содержанием гемоглобина. Структурных изменений со стороны эритроцитов не наблюдали.

И только у пациентов с респираторной инфекцией отмечается высокий процент эхиноцитов, что свидетельствует о высокой интоксикации. Гормональные нарушения (аденома надпочечника) проявляются резким увеличе-

нием подвижности клеток и фагоцитарной активности лейкоцитов.

Выводы: таким образом, наши наблюдения позволяют уже в поликлинических условиях оценить состояние иммунной и эндокринной системы, резистентность плазмолеммы эритроцитов при разной патологии.

Эти данные помогут выставить предварительный диагноз и дать некоторый прогноз лечения.

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ

Н.В. Ерохина

Медицинский университет «Реавиз»

Научные руководители: к.м.н. ***Н.С. Чернышова****, к.м.н.* ***Д.Г. Чернышов***

Введение. Бронхиальная астма (БА) – одно из наиболее распространенных заболеваний современного общества, которым страдают лица всех возрастов. Несмотря на то, что за последние 20 лет отмечается безусловный прогресс, как в диагностике, так и в лечении БА, вопросы ее диагностики, лечения и контроля остаются актуальными.

Цель: изучение современных методов лечения и контроля БА.

Материалы и методы. Анализ литературных данных за последние 10 лет.

Результаты. Согласно литературным данным, рекомендуется ступенчатый подход к терапии БА. Он предполагает повышение объема терапии при недостаточном контроле симптомов, и постепенное уменьшение поддерживающей дозы до минимально эффективной при достижении положительного эффекта терапии.

Все лекарственные средства для медикаментозного лечения подразделяют на два вида: препараты для использования по потребности и купирования обострений и препараты базисной терапии. В настоящее время с учетом персистирующиего характера воспаления при БА основой базисной терапии этого заболевания является назначение противовоспалительной терапии. Препаратами для длительного контроля заболевания являются ингаляционные глюкокортикостероиды - ИГКС (беклометазон, будесонид, флунизолид, флутиказон) - уровень доказательности А.

Регулярное назначение бета2-адреномиметиков короткого действия не рекомендуется в отсутствие регулярной терапии ИГКС. Бета2-адреномиметики длительного действия (салметерол, формотерол) широко используются в терапии тяжелой астмы. Препараты применяют как перорально, так ингаляционно и парентерально. При недостаточном контроле симптомов БА терапевтически более выгодно назначение комбинации невысоких доз ИГКС и пролонгированных бета2-адреномиметиков, чем удвоение дозы стероидов.

Альтернативными препаратами для лечения БА в настоящее время являются антагонисты лейкотриеновых рецепторов. Лейкотриены синтези-

руются тучными клетками, эозинофилами, базофилами и другими типами клеток, количество которых нарастает при аллергическом воспалении дыхательных путей. Их действием определяются многие симптомы БА, включая бронхоконстрикцию, повышенную бронхореактивность дыхательных путей, отек слизистой оболочки и гиперсекрецию слизи.

В тяжелых случаях неконтролируемого течения БА рекомендуется назначение анти-IgE препаратов, одним из которых является омализумаб – инновационный препарат нового класса, представляющий собой рекомбинантные гуманизированныемоноклональные антитела с блокирующим действием на IgE.

Уровень контроля БА должен регулярно оцениваться как врачом, так и самим пациентом. Для этой цели следует использовать валидизированные вопросники для определения суммарной оценки уровня контроля. Одним из рекомендованных является тест по контролю БА (AsthmaControlTest – ACT), позволяющий врачу и пациенту быстро оценивать эффективность проводимой терапии и при необходимости — проводить своевременную коррекцию.

Вывод: Контроль над симптомами БА достигается благодаря использованию комплексной терапии, с учетом безопасности лечения и риска развития побочных эффектов.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ОТЕЧЕСТВЕННЫХ КОМПОЗИТНЫХ ХОНДРОПРОТЕКТОРОВ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ОСТЕОАРТРОЗА КОЛЕННОГО СУСТАВА

А.В. Корсун, Д.Ю. Медына

Медицинский университет «Реавиз»

Научный руководитель к.м.н., доцент ***Е.Ю. Сырцова***

Введение:

На сегодняшний день, в России производятся хондропротекторы, которые по своим характеристикам и лечебному действию превосходят зарубежные аналоги. Правильное их использование для профилактики и лечения остеоартроза коленных суставов позволяет предупредить прогрессирование заболевания и улучшить качество жизни пациентов.

Ключевые слова: гонартроз, хондропротекторы, элластин кальций.

Цели и задачи:

1. Оценить эффективность использования приема хондропротекторов в комплексном лечении остеоартроза коленного сустава.

2. Произвести оценку эффективности использования комбинированных-хондропротекторов и композитных хондропротекторов в комплексном лечении остеоартроза коленного сустава

3. Произвести сравнительную характеристику эффективности отечествен-

ных и зарубежных хондропротекторов в комплексном лечении остеоартроза коленного сустава

Материалы и методы:

Распространенность остеоартроза (ОА) в популяции достаточно широка, однако обращаются пациенты к врачу лишь при развитии клинических симптомов болезни – боли, скованности, ограничении функции суставов. Клинические проявления остеоартроза обусловлены изменениями, происходящими в хрящевой ткани, субхондральной кости, периартикулярных тканях. Особенно часто остеоартроз развивается в коленных суставах. Распространенность поражения коленных суставов у женщин составляет от 1–4% в возрасте 24–45 лет до 53–59% в возрасте 80 лет и старше, а у мужчин от 1–6% в возрасте младше 45 лет до 33–46% в возрасте 80 лет и старше [5].

Нами обследовано 42 пациента, из них 26 женщин и 16 мужчин. Средний возраст составил 44,3 года. Клинические признаки остеоартроза коленного сустава I - II стадии присутствовали у всех пациентов в течение более шести месяцев, включая болевые ощущения в сроки 1 - 30 дней до начала исследования. Диагноз остеоартроза коленного сустава установлен на основании физикального обследования больного и данных рентгенологического исследования [3,4]. Все пациенты были разделены на 3 группы: 1-я группа получала препарат Артра (производство США) по 1 таблетке 2 раза в день, что соответствовало приему глюкозамина сульфата и хондроитина сульфата по 1000 мг в сутки; 2-я группа получала препарат Артрон комплекс (производство США) по 1 таблетке 2 раза в день, что соответствовало приему глюкозамина сульфата и хондроитина сульфата по 1000 мг в сутки; 3-я группа получала препараты Элластин Кальций (производство Россия) по 2 капсулы 1 раз в день (утром) и Хондроксид (производство Россия) по 2 таблетки 1 раз в день (вечером), что соответствует приему глюкозамина сульфата 700 мг, хондроитина сульфата 500 мг в сутки. Временной промежуток между приемом препаратов в 3 группе составил 10-12 часов. Продолжительность курса терапии во всех группах - 2 месяца. Оценка эффективности хондропротекторов отечественного производства проводилась на основании показателей индекса Лекена и визуально-аналоговой шкалы (ВАШ) до и после проводимой терапии [1,2]. Полученные данные представлены в таблицах 1 и 2.

Выводы:

Таким образом, по данным проведенного исследования, прием хондропротекторов является эффективным методом лечения и профилактики остеоартороза коленного сустава.

Раздельный прием хондроитина и глюкозамина сульфата в лечении остеоартроза коленного сустава более эффективен, чем прием смеси этих средств.

Использование отечественных препаратов не только не уступает, но во многом превосходит по эффективности зарубежные аналоги.

МЕТОДИКА ЙОГОТЕРАПИИ ЛЕЧЕНИЯ КОКСАРТРОЗА/ РЕАБИЛИТАЦИИ ПОСЛЕ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ

Ю.Г. Костыгина

Медицинский университет «Реавиз»

Научный руководитель ***С.Н. Агапкин***

Введение

Остеоартроз является самым распространенным ревматическим заболеванием. Это заболевание также считается второй причиной потери трудоспособности после сердечно-сосудистых и приводит к значительному снижению качества жизни. По этим причинам предложение методического решения, которое может позволить оптимизировать двигательную функцию больных представляется актуальной задачей.

Цели и задачи

Цель работы состоит в предложении методики йоготерапии для лечения больных с артрозом тазобедренного сустава или реабилитации после эндопротезирования.

Реализация такой цели предусматривает решение ряда задач. Прежде всего, это изучение этиологии, патогенеза и клинической картины заболевания. Затем, следует рассмотреть особенности развития остеоартроза тазобедренного сустава, факторы формирования, клинические проявления и методы, используемые в диагностике. Кроме того, необходимо разобрать основные существующие подходы к лечению коксартроза: медикаментозная терапия, физиотерапия, методы, применяемые в лечебной физической культуре. Наконец, требуется определить подход к восстановлению двигательной функции и режим работы, оптимальный для данной цели.

Материалы и методы

Принимая во внимание общую для коксартроза картину развития мышечно-тонических и артикуляционных изменений, за основу был взят подход, рассматривающий развитие патологического двигательного стереотипа как действие таких взаимообуславливающих факторов как функциональное нарушение, рефлекторная адаптация и морфологические изменения. Анализ кинезиологии тазобедренного сустава позволил определить возможности восстановления функциональных нарушений. На этой основе был предложен комплекс, сочетающий упражнения, техники пост-изометрической релаксации, лечение положением и общее расслабление.

В качестве контрольных инструментов были использованы данные гониометрии, индекс тяжести остеоартроза WOMAC (WesternOntarioandMcMasterUniversitiesArthritisIndex), визуальная аналоговая шкала боли и визуальная аналоговая шкала скованности.

Результаты

Применение методики на одном пациенте показало увеличение амплитуды движения в суставе, снижение болевого синдрома, скованности и повышение уровня повседневной активности (по индексу тяжести остеоартроза WOMAC и визуальным аналоговым шкалам боли и скованности).

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ

М.А. Кузнецова

Медицинский университет «Реавиз»

Научные руководители: к.м.н., доцент, ***А.А. Супильников,***

д.м.н., профессор ***А.В. Левин***

Актуальность. Реабилитация людей с ограниченными возможностями здоровья всегда находится в поле зрения Правительства РФ и региональных органов власти. В Российской Федерации по состоянию на 1 января 2014 г. насчитывалось 12,7 млн. инвалидов, из них инвалидов I группы - 1,6 млн. человек, инвалидов II группы - 6,4 млн. человек, инвалидов III группы - 4,00 млн. человек, детей-инвалидов - 582,2 тыс. человек. Для координации мероприятий по поддержке инвалидов в РФ создано «Всероссийское общество инвалидов». Особое внимание уделяется детям-инвалидам.

В связи с этим проведение реабилитационных мероприятий для детей с ограниченными возможностями здоровья на сегодняшний день – одно из актуальных направлений здравоохранения и социальной защиты.

Среди всего разнообразия реабилитационных техник и методов, используемых для адаптации инвалидов, особое место занимает иппотерапия - специально организованные занятия по обучению детей с ограниченными возможностями здоровья верховой езде.

Метод иппотерапии в России сравнительно молодой – его активное применение началось лишь последние 20 лет. В отличие от России в странах Европы первые реабилитационные занятия на лошадях стали практиковаться более 50 лет назад.

В России иппотерапией начали заниматься с 1991 года. Первой официальной организацией, практикующей иппотерапию, стал Детский экологический центр «Живая нить».

Несмотря на то, что метод получил широкое распространение, систематизированной программы для занятий иппотерапией не существовало.

Цель и задачи. Целью нашей работы стало улучшение качества жизни больных с заболеваниями опорно-двигательного аппарата и нервной системы путем составления унифицированных программ по иппотерапии. Длядостижение поставленной цели были сформированы следующие задачи:

1. Ознакомиться с результатами применения иппотерапии в современной медицине.

2. Разработать специализированную программу по иппотерапии для реабилитации больных.

3. Апробировать созданную программу на базе КСК «Легион» и «Реацентр Самарский»

4. Проанализировать результаты апробации программы.

Материалы и методы. Работа выполнена на базе Конно-спортивного клуба «Легион» и «Реацентр Самарский» с участием инструкторов КСК «Легион» и специалистов-реабилитологов.

Результаты. Нами была разработана программа для иппотерапии, которую мы впервые применили в клубе «Легион». Программа использована при лечении 10 пациентов в возрасте от 2-х до 10 лет. У всех без исключения за время занятий отмечена положительная динамика в течение заболевания.

Выводы. Накопленный опыт позволяет считать, что разработанные автором программы могут быть рекомендованы для практического использования в других центрах, практикующих иппотерапию.

ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ ГЕМОРРАГИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКИ С ПОЧЕЧНЫМ СИНДРОМОМ В САМАРСКОЙ ОБЛАСТИ

В.И. Маас

Медицинский университет «Реавиз»

Научные руководители: ***Л.Ф. Маас****, к.м.н.* ***С.Р. Денисова***

Введение. На территории Самарской области, являющейся частью обширного природного очага геморрагической лихорадки с почечным синдромом (ГЛПС) в Поволжье, ежегодно возрастает заболеваемость. Вместе с тем, диагностика ГЛПС сопряжена с рядом трудностей, среди которых определенное место занимает слабая выраженность или отсутствие у части больных характерных признаков болезни.

Цель. Целью работы явился анализ особенностей течения и диагностики ГЛПС в Самарской области, а так же формирования нового алгоритма диагностики и лечения ГЛПС применительно к Самарской области.

Материалы и методы. Проанализировано течение ГЛПС у 78 больных (68 мужчин и 10 женщин) в возрасте от 20 до 68 лет (средний возраст 37,3 года), находившихся на стационарном лечении в инфекционных отделениях г. Самары в 2014-2015 гг.

Результаты. Проанализирована клиническая картина заболевания и лабораторные анализы у данных больных, составлено общее мнение о характере ГЛПС на территории Самарской области. Легкая форма ГЛПС отмечена у 10

(12,8%), среднетяжелая – у 47(60,2%), тяжелая – у 21 (27%).При этом изучены в динамике клинические признаки с учетом стандартных лабораторных и функциональных методов исследований. Составлен качественно новый алгоритм диагностики и лечения пациентов с ГЛПС на территории Самарской области. Данный алгоритм апробирован на пациентах Клиник Самарского государственного медицинского университета (инфекционное отделение).

Выводы. С учетом изученных данных нами мы пришли к выводу о необходимости более детального исследования данной патологии с учетом выявленных эндемичных особенностей, необходимости проведения у всех больных вирусологических исследований, создание на базе уже имеющихся диагностикумов совершенно нового диагностического минимума для более раннего и качественного выявления заболеваемости среди населения.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ГИРУДОТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО И ПРЕСТАРЕЛОГО ВОЗРАСТА

Л.А. Остроухова

Медицинский университет «Реавиз»

Научный руководитель к.м.н., доцент ***Н.С. Чернышова***

Лечение медицинскими пиявками - гирудотерапия (от лат. "hirudo" - пиявка) или бделлотерапия (от греч. "бделла" - пиявка) своими корнями уходит в глубокую древность, но не потеряло актуальности и в наши дни. В 1990 году было создано Всемирное общество гирудологов. В 1991 прошел 1-й Всемирный конгресс по использованию пиявок в медицинских целях. В 1992 году создана Ассоциация гирудологов России и стран СНГ (президент - профессор И.П.Баскова).

Гирудотерапия очень эффективна в комплексном лечении больных пожилого и старческого возраста с ишемической болезнью сердца (ИБС) . Пиявки оказывает обезболивающее действие при болях в области сердца при ИБС. Такое действие гирудотерапии объясняется тем, что пиявки способствуют перераспределению крови в организме и одновременно расширяют просвет кровеносных сосудов, что особенно важно при стенокардии. Кроме того, пиявки влияют на реологию крови, а это способствует улучшению питания кислородом и другими питательными веществами (витаминами, микро- и макроэлементами, белковыми компонентами) сердечной мышцы. Полученные к настоящему времени данные позволяют говорить о том , что после проведенного лечения уменьшились или исчезли боли в области сердца и одышка у больных. Меньше стали беспокоить головные боли, головокружения. Уменьшились или исчезли отеки. Заметно улучшились показатели ЭКГ и биохимические анализы крови. Во многих случаях при этом

предотвращалось развитие инфаркта миокарда.

На большом клиническом материале доказано, что включение в комплексное лечение гирудотерапии при лечении трофических язв нижних конечностей венозной этиологии безопасно, значительно ускоряет процесс заживления трофической язвы, стимулируя формирование грануляционной ткани и последующуюэпителизацию, что способствует улучшению физического и психо-эмоционального состояния больных.

Гирудотерапия у лиц пожилого возраста является чрезвычайно актуальной проблемой. Наиболее серьезным препятствием для применения гирудотерапии у пожилых людей являются анемии хронических заболеваний . Клинический спектр этих заболеваний достаточно широк и включает инфекционно- воспалительные процессы(острый и хронический пиелонефрит , бактериальный эндокардит ,нагноительные заболевания лёгких, туберкулез), неинфекционные воспалительные заболевания (ревматоидный артрит , болезнь Крона , саркоидоз), первичные и метастатические опухоли при отсутствии кровопотерь . В результате развития воспалительного процесса , как инфекционного , так и неинфекционного , происходит активация макрофагов , синтез ими ИЛ-1, фактора некроза опухоли , влияющих на метаболизм иона двухвалентного железа (остро повышается потребность в нем), что и приводит постепенно к развитию железоде- фицитногоэритропоэза и анемии. У пожилых людей часто встречаются желудочно – кишечные, в том числе геммороидальные кровотечения , которые становятся основным фактором развития железодефицитной анемии.

Анализ эффективности комплексного использования гирудотерапии у больных с полиорганной патологией старше 65 лет, проводимый мной в течение 12 лет показал , что хорошие результаты отмечают 75-80 % больных, прошедших лечение медицинской пиявкой (более 500 случаев).

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ГИРУДОТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

Л.А. Остроухова

Медицинский университет «Реавиз»

Научные руководители: к.м.н. ***Н.С. Чернышова****, к.м.н.* ***Т.В. Моисеева***

Введение. Гирудотерапия у лиц пожилого возраста является актуальной проблемой. Это связано с одной стороны с широким спектром лечебных эффектов этого природного метода, а с другой стороны – сложностью лечения таких пациентов, имеющих, полиорганные нарушения и высокий риск получения осложнений от применения синтетических лекарственных препаратов. Пиявки способствуют перераспределению крови в организме, расширяют просвет кровеносных сосудов, что особенно важно при стено-

кардии. Кроме того, пиявки влияют на реологию крови, что способствует улучшению питания кислородом и другими питательными веществами (витаминами, микро- и макроэлементами, белковыми компонентами) сердечной мышцы.

Цели и задачи. Изучить клиническую эффективность гирудотерапии в комплексном лечении больных пожилого и старческого возраста.

Материалы и методы. Проведено обследование 500 больных в возрасте старше 65 лет до и после проведения гирудотерапии с применением общеклинических методов диагностики.

Результаты. Анализ эффективности комплексного использования гирудотерапии у больных с полиорганной патологией в старшей возрастной группе показал хорошие результаты терапии у 75-80% пациентов. После проведенного лечения уменьшились или исчезли боли в области сердца и одышка у больных. Меньше стали беспокоить головные боли, головокружения. Уменьшились или исчезли отеки. Заметно улучшились показатели электрокардиографии (ЭКГ). Биохимические анализы показали, что в крови у больных уменьшилось содержание холестерина. Показано, что включение гирудотерапии в комплексное лечение трофических язв нижних конечностей венозной этиологии безопасно, значительно ускоряет процесс заживления трофической язвы, стимулируя формирование грануляционной ткани и последующуюэпителизацию, способствует улучшению физического и психо-эмоционального состояния больных.

Выводы. Применение гирудотерапии у лиц пожилого возраста продиктовано широким спектром лечебных эффектов, что позволяет рекомендовать данный метод терапии в общеклинической практике, особенно при лекарственной непереносимости.

ИРИДОДИАГНОСТИКА В КАРДИОЛОГИИ

В.А. Савельев

Медицинский университет «Реавиз»

Научные руководители: д.м.н профессор ***Р.А. Дробышева,***

врач-терапевт ***Е.И. Куварина,***

врач-окулист первой категории ***Т.Э. Дробышева,***

врач-терапевт второй категории ***Н.А. Каширина,***

врач-терапевт первой категории ***Н.Н. Мамышева***

Введение: заболевания сердечно-сосудистой системы поражают людей не только пожилого возраста, но и молодой контингент, как показывают статистические данные. Иногда у таких больных наблюдается нарушения зрения. Известно с древних времен, что радужная оболочка активно реагирует на патологию внутренних органов.

Цели и задачи:

Цель: показать и доказать реакцию радужной оболочки глаза при поражении определенных звеньев органов сердечно-сосудистой системы.

Задача: на базе госпиталя ветеранов воинов обследовались больные сердечно-сосудистой системы под руководством врачей высокой категории. С помощью клинических методов определяли клинический диагноз. Далее такие больные дополнительно обследовались в кабинете офтальмолога. С помощью щелевой лампы у таких больных обследовали радужную оболочку глаза, результаты фиксировались на фотокамеру.

Результаты: у больных с патологии сердечно-сосудистой системы нами были обнаружены в определенных зонах радужки не только пигментные пятна, но и лакуны. Которые варьировали по величине и степени окраски. Отмечен структурный характер пятен и лакун, они находятся в определенной зависимости от функционального состояния сердечно-сосудистой системы (начало заболевания, состояние в ходе лечения)

Выводы: при заболеваниях сердечно-сосудистой системы структура пигментных клеток и тканей радужки имеют зависимый характер от степени поражения сердечно-сосудистой системы. Таким образом, иридодиагностика является одним из дополнительных методов позволяющих оценивать поражения сердечно-сосудистой системы. А в некоторых случаях, особенно у молодых, врач офтальмолог, зафиксировав, эти изменения на радужке может назначить дополнительные обследования у кардиолога.

Секция 7.
ХИРУРГИЧЕСКИЕ БОЛЕЗНИ

ВЫБОР ОПТИМАЛЬНОГО МЕТОДА ГЕРНИОПЛАСТИКИ ПРИ ПАХОВЫХ ГРЫЖАХ

Л.А. Беляева
Медицинский университет «Реавиз»
*Научный руководитель к.м.н., **З.В. Ковалева***

Введение

Паховая грыжа – одно из самых распространённых хирургических заболеваний. Ежегодно в мире выполняется 2 млнгерниопластик. Из них в России более 200 тысяч, в США около 700 тысяч, В Европе более 1 млн операций. Паховые грыжи составляют 70-80 % от общего числа грыж.

Актуальность

Существует более 300 методик оперативного лечения паховых грыж. Рецидивы у больных со сложными паховыми грыжами достигали 40% при аутопластических способах пластики. Использование современных материалов в качестве вставки позволило значительно улучшить результаты герниопластики. Однако и после протезирующих способов пластики возможны рецидивы. Изучение причин образования рецидива после протезирующих способов пластики, разработка мероприятий по их профилактике и совершенствование техники операций для их лечения имеют важное практическое значение.

Цель

Улучшить результаты лечения больных с паховой грыжей путем определения показаний для выполнения различных способов герниопластики.

Задачи

1. Провести сравнительный анализ результатов паховой герниопластики местными тканями, метода Лихтенштейна и комбинированного способа в ближайшем послеоперационном периоде.

2. Оценить отдаленные результаты лечения больных с паховой грыжей при различных способах герниопластики.

3. Определить показания к выполнению различных вариантов герниопластики в зависимости от величины, формы грыжи, возраста пациента.

Материалы и методы

Проведен анализ лечения 50 больных с паховой грыжей в возрасте от 23 до 85 лет, женщин было 2(1%), мужчин – 48 (99%). Согласно классификации Нихуса больных с грыжами II типа было – 29(58%), III типа – 21 (42%). Пациентам выполнялись аутопластические методы герниопластики (метод Постемпского) и аллопластические методы (Лихтенштейна и комбинированный

способ). Отличие комбинированного способа от способа Лихтенштейна состояло в том, что производится ушивание поперечной фасции, а синтетический протез располагается под апоневрозом косой мышцы живота и подшивается не только к паховой связке, но и к медиальному листку апоневроза наружней косой мшцы живота.

Результаты и их обсуждение.

Изучены отдаленные результаты различных способов герниопластикис сроки до 10 лет. В ближайшем послеоперационном периоде осложнений у больных не наблюдалось. Метод Постемпского выполнен у 11 пациентов, рецидив возник у 2 больных (18%). Способ Лихтенштейна применен у 19 больных, рецидив возник у 3 (15,7%). Комбинированный способ пластики выполнен у 20 пациентов, рецидив возник у 1(5%) больного. Среди пациентов с II типом грыжи по Нихусу рецидив возник у 1 пациента, при выполнении ему герниопластики по Постемпскому. У больных с III типом грыжи рецидива возникли у 5 (11%) пациентов.

Выводы.

1. При выборе оптимального способа герниопластики при паховых грыжах необходимо учитывать размер грыжи, возраст пациента, индивидуальные особенности – состояние апоневроза, сопутствующие заболевания.
2. При сложных формах грыжи – начиная с III типа по Нихусупоказана-герниопластика с применением синтетических протезов.
3. Оптимальным способом паховой герниопластики является комбинированный способ.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ТРАНСЛЮМИНАЛЬНОЙ БАЛОННОЙ АНГИОПЛАСТИКИ СО СТЕНТИРОВАНИЕМ ПРИ ОСТРОМ КОРОНАРНОМ СИНДРОМЕ

Бетяев, С.М. Названов, К.Р. Яхудина

Национальный исследовательский Мордовский государственный университет им. Н. П. Огарева

Научный руководитель к.м.н., доцент ***В.И. Давыдкин***

Актуальность. До настоящего времени диагностика и оказание неотложной специализированной помощи больным с ОКС остается актуальной проблемой кардиологии и эндоваскулярной.

Цель исследования – провести сравнительную оценку результатов коронароангиографии (КАГ), ангиопластики (АП) со стентированием (АС) при остром коронарном синдроме с подъемом и без подъема ST.

Материал и методы исследования. Группу пациентов с ОКС составил 91 пациент: с подъемом ST (ОКС+ST) – 53,8 %, ОКС без подъема ST (ОКС–ST) – 36,3 %. Пациентам выполнялось ЭКГ, Эхо-КГ на аппаратах экспертного

класса, коронароангиография, оценка риска неблагоприятного исхода по шкале Grace

Результаты исследования. Транслюминальная баллонная АП с АС была выполнена 56,0% больным с ОКС+ST, у 23,1% – установлены противопоказания к АС, а у 20,9% – показаний к операции не было из-за отсутствия гемодинамически значимых стенозов. АС одной артерии больным с ОКС+ST было выполнено в 46,9% случаев, двух сосудов – в 22,4%, трех – у 8,2% больных. Противопоказаниями были стеноз основного ствола левой коронарной артерии, многососудистые и мультифокальные поражения, выраженная извитость сосуда, а также невозможность подбора стента соответствующего размера. До 97,7% всех острых инфарктов миокарда после реваскуляризации диагностированы у пациентов с ОКС+ST, у которых критические стенозы отмечены у 87,8%. Количество установленных стентов не влияло на частоту инфаркта миокарда, однако частота его была ниже при проведении антитромботической терапии.

Выводы. Улучшение результатов лечения ОКС+ST возможно при проведении неотложнойреваскуляризации миокарда в первые 1-2 часа ангинозного приступа. Наличие гемодинамически значимых стенозов при неотложной КАГ является показанием к экстренной баллонной АП с АС, при технической невозможности АС – к шунтирующим операциям.

ХИРУРГИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С КИШЕЧНЫМИ СТОМАМИ

О.В. Гордеева

Медицинский университет «Реавиз»

Научный руководитель ассистент кафедры, ***Л.А. Комарова***

Введение. В условиях оказания неотложной хирургической помощи пациентам с кишечной непроходимостью, травмой органов брюшной полости, осложненного течения дивертикулярной болезни толстой кишки приходится, как правило, прибегать к минимальной по объёму, но спасительной операции – колостомии. По данным Главного управления здравоохранения Администрации Самарской области, ежегодно в общехирургических отделениях оперируется около 400 больных только с толстокишечной опухолевой непроходимостью. Послеоперационная летальность достигает 20%. Частота кишечной непроходимости к общему количеству хирургических пациентов составляет 1,3%, частота встречаемости среди заболеваний органов брюшной полости – 9,5%.

Цель. Проанализировать способы оперативного лечения стомированных пациентов, выработать оптимальный алгоритм реабилитации.

Материалы и методы исследования.

С 2005 по 2012 гг. на учёте состояло 2080 пациентов с кишечнымистомами. Из них женщин было 1025 (49,2%) больных, мужчин – 1055 (50,7%). Возраст пациентов колебался от 35 до 89 лет, средний возраст составил 54,8 + 10,3 лет. Операции по восстановлению целостности толстой кишки были выполнены 525 (25,2%), реконструктивные операции проводились 120 пациентам (5,8%).

Все операции выполнялись в плановом порядке после необходимого обследования. При выполнении восстановительных операций использовались сшивающие аппараты CDH, CEEA 29, 30, 31, аппараты линейного шва TA 30, 50 мм, GIA 50, 90 мм. Реконструктивные операции выполнялись в связи с эвагинациейколостомы, ретракции, стеноза колостомического отверстия, кровотечение из слизистой оболочки колостомы.

В экстренном порядке реконструктивные операции выполнялись 58 (48,3%) пациентам, планово были оперированы 62 (51,6%) человека.

В связи с тем, что большое количество операций заканчивающихся формированием колостомы выполняются по поводу злокачественных образований толстой кишки, часто в качестве паллиативного лечения, многим больным не показана восстановительная операция: 1435 (68,9%) пациентов проходят реабилитацию без возможности восстановления целостности толстой кишки.

Результаты исследования.

Послеоперационные осложнения встречались у 15 (2,8%) человек: несостоятельность анастомоза у 9 (1,7%) пациентов, мезентериальный тромбоз у 6 (1,1%) . Летальный исход после оперативного лечения составил 1,3 %. В связи с тяжелой сопутствующей патологией 250 (12%) человек не могут быть оперированы в плановом порядке. Наиболее тяжело поддаются реабилитации пациенты с илеостомой, как в плане оперативного лечения, так и вопросах психологической адаптации.

Выводы.

1. Количество пациентов с кишечнымистомами велико и не имеет тенденции к снижению.

2. Психологическая адаптация – важная составляющая полноценной реабилитации и далеко не все пациенты возвращаются к полноценной жизни.

3. В связи с трудностями в выполнении восстановительных операций, целесообразно внедрение высокотехнологичных методов лечения на этапе оказания неотложной помощи в хирургических стационарах.

4. Дорогостоящие средства по уходу за стомой становятся, со временем, недоступны не только больным, но и государственным учреждениям.

5. Регулярное комплексное обследование населения колопроктологом, онкологом в районных поликлиниках, вероятно снизит количество осложненных форм заболеваний органов брюшной полости и, как следствие предотвратит паллиативные методы хирургического лечения.

КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ УНИКАЛЬНОЙ МИЕЛОАРХИТЕКТОНИКИ ЛУЧЕВОГО НЕРВА

А.В. Дудников
СибГМУ
Научный руководитель д.м.н., профессор ***В.Ф. Байтингер***

Актуальность:

Верхние конечности являются основным орудием труда человека в обществе. Именно поэтому их травма и, следовательно, выпадение таких основных функций как движение и чувствительность требует неотложной коррекции для восстановления социального статуса человека. Нередко причиной серьезных нарушений является травма периферических нервов. По данным различных авторов, их количество варьирует от 1,5 до 6% от числа всех травм конечностей, из них повреждения лучевого нерва составляют около 13%. Для определения объема поражений в плановом порядке чаще всего используют электронейромиографию, но в условиях СМП этот метод не представляется возможным. Именно поэтому определяющим становится опыт исследующего врача и использование им клинических тестов. Однако, исследование двигательных нарушений, связанных с нарушением иннервации мышц задней поверхности предплечья, невозможно без учета заместительных («обманных») движений. Trickmotions (их название в англоязычной литературе) имитируют движения денервированной мышцы и возникают за счет мышц-синергистов, включения вспомогательной мускулатуры, а также индивидуальных различий в строении нервных стволов. Уточнение клинических тестов, учитывая механизм «обманных» движений, исключит ошибочные выводы исследователя как на этапе диагностики, так и при оценке результатов лечения после проведенных мероприятий.

Цель работы:

Оценка стандартных клинических тестов для выявления повреждений лучевого нерва на различных его уровнях.

Задачи:

1 – изучение особенностей интраоперационной анатомии и фасцикулярного строения лучевого нерва на разных уровнях;

2 – выявление анастомотических связей лучевого нерва с другими нервами плечевого нервного сплетения;

3 – разработка уточненных клинических тестов для оценки повреждений лучевого нерва с учетом феномена «обманных движений»

Материалы и методы:

Был произведен анализ специализированной литературы и выбран ряд подходящих рутинных тестов для оценки повреждений лучевого нерва. Тесты были усовершенствованы для исключения возникновения «обманных» движений. Кроме того, были подробно изучены анастомотические связи

лучевого нерва на интраоперационном материале. На клинических примерах результаты теста были интерпретированы и занесены в сводную таблицу.

Результаты:

1. Изучены особенности интраоперационной анатомии и фасцикулярного строения лучевого нерва на разных уровнях.

2. Выявлены анастомотические связи лучевого нерва с другими нервами плечевого нервного сплетения.

3. Разработаны уточненные клинические тесты для оценки повреждений лучевого нерва с учетом феномена «обманных движений».

Выводы:

В результате нашей работы были уточнены и доработаны тесты для оценки повреждений лучевого нерва. Данные тесты могут быть внедрены в клиническую практику для более точного обследования пациентов и исключения ложных выводов при диагностике и лечении.

ЭЛЕКТРОННАЯ СИСТЕМА ОЦЕНКИ НАРУШЕНИЯ ДВИГАТЕЛЬНОЙ ИННЕРВАЦИИ КИСТИ

А.В. Дудников

СибГМУ

Научный руководитель д.м.н., профессор ***В.Ф. Байтингер***

Введение. Травма верхней конечности отличается от всех других травм опорно-двигательного аппарата в связи с ведущей ролью кисти как в бытовой, так и производственной деятельности человека. Различные авторы указывают, что повреждения кисти составляют 25- 60% от всех травм опорно-двигательного аппарата и до 40-43% всех обращений в поликлиники. Большинство травм связано с поражением таких важных структур как сухожилия, сосуды и нервы. Повреждения нервов приводит к тяжелым последствиям и утрате трудоспособности человека. Правильная диагностика и тактика лечения определяет исход и дальнейшую судьба пациента и его трудового потенциала. В таких случаях для облегчения диагностики необходимо создание удобной системы оценки нарушения иннервации кисти, основанную на функциональных тестах, исходя из той концепции, что каждый нерв иннервирует группу отдельных мышц.

Цель. Создать электронную систему для оценки иннервации кисти, основанную на клинических тестах и удобную для использования в стационарах, амбулаторно-поликлинических службах, частных клиниках.

Задачи.

1. Исследовать анатомические и клинические особенности иннервации кисти.

2. Сформировать балловую оценку клинических тестов кисти.

3. Создать систему для оценки двигательной иннервации.

Материалы и методы. Был произведен анализ специализированной литературы, выбраны подходящие тесты для оценки иннервации кисти, а также пригодные для создания электронной системы. Все отобранные тесты были разделены в три группы: группа 1 – функциональная оценка состояния мышц кисти, иннервируемых ветвями срединного нерва, группа 2 - функциональная оценка состояния мышц кисти, иннервируемых ветвями лучевого нерва и группа 3 - функциональная оценка состояния мышц кисти, иннервируемых ветвями локтевого нерва. Результаты этих тестов были интерпретированы и оценены в балловой системе, где 0 баллов означало «неспособность правильного выполнения теста», а 1 балл означал «способность правильного выполнения теста. Совокупность всех данных была занесена в сводную таблицу, далее на основании этих данных делали заключение об объёме утраты функций одного из трёх нервов.

Результаты.

1. Исследованы анатомические и клинические аспекты иннервации кисти, включая разделение групп мышц по иннервируемым нервам.

2. Выделены специальные тесты для оценки движений мышц и сформирована балловая оценка результатов этих тестов.

3. Создана электронная система оценки нарушения иннервации кисти.

Выводы.

Таким образом, создана электронная система оценки нарушений иннервации кисти, которая может использоваться в различных медицинских учреждениях для диагностики повреждений периферических нервов верхней конечности.

НИЗКОИНТЕНСИВНОЕ ЛАЗЕРНОЕ ИЗЛУЧЕНИЕ В ЛЕЧЕНИИ ТРОФИЧЕСКИХ ЯЗВ ВЕНОЗНОЙ ЭТИОЛОГИИ

Л.Д. Дыба, И.В. Величко

Московский медицинский университет «Реавиз»

Научный руководитель д.м.н., профессор ***А.В. Гейниц***

Введение: Основными направлениями в терапии венозных ТЯ являются: коррекция нарушений венозной гемодинамики путем хирургического вмешательства, эластической компрессии; медикаментозное воздействие на венозный тонус, микроциркуляцию, лимфатический отток и местное лечение.

Цель исследования: Улучшить результаты амбулаторного лечения венозных трофических язв (ТЯ) нижних конечностей путем применения низкоинтенсивного лазерного излучения.

Материалы и методы: Проведен анализ результатов амбулаторного обсле-

дования и лечения 102 пациентов с венозными ТЯ, наблюдавшихся в городской поликлинике ТУЗ «ГБ №2 г. Тулы», ГУЗ «Воловской ЦРБ» за период с 2012 по 2014 годы.

Среди пациентов было 72 (70,6%) женщины и 30 (29,4%) мужчин. Возраст пациентов был от 39 лет до 78 лет. Средний возраст составил 56,2±1,5 лет. Изучались: клинический анализ крови, мочи, биохимический анализ крови, глюкоза крови, свертывающая система крови; ультразвуковая допплерография, измерение размера ТЯ калибровочной линейкой. В зависимости от применяемых методик лечения больные были разделены на 2 группы: Группа 1 (контрольная) была представлена 50 (49/о) пациентами, которым проводили традиционную терапию. Местное лечение проводили по общехирургическим правилам. Группа 2 (основная) включала 52 (51%) пациента, которым помимо традиционной терапии проводили БЛОК низкоинтенсивным лазерным излучением в непрерывном режиме с длиной волны 365-405 нм и (520-525) нм по схеме.

Заключение: Комбинированная лазерная терапия у больных с венозными ТЯ по методике БЛОК низкоинтенсивным лазерным излучением в непрерывном режиме с длиной волны 365-405 нм и 520-525 нм по схеме, эффективна и патогенетически обоснована.

МИНИИНВАЗИВНЫЕ ХИРУРГИЧЕСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ В ЛЕЧЕНИИ ОСТРЫХ ЖИДКОСТНЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ПРИ ДЕСТРУКТИВНОМ ПАНКРЕАТИТЕ

М.О. Ильин

Национальный исследовательский Мордовский государственный университет имени Н.П. Огарёва

Научный руководитель к.м.н., доцент ***В.И. Давыдкин***

Введение. В настоящее время находят широкое распространение технологии малоинвазивной хирургии жидкостных образований органов брюшной полости, предложены различные способы пункций и дренирования под эндовидеохирургическим или ультразвуковым контролем. Тем не менее, высока частота и неудовлетворительных результатов лечения, что диктует необходимость дальнейшего поиска оптимальной хирургической тактики.

Цель исследования – улучшение результатов лечения больных с острыми жидкостными скоплениями (ОЖС) ПЖ путем применения миниинвазивных вмешательств под ультрасонографическим контролем.

Материал и методы исследования. За период с 1998 по 2015 г. проведены свыше 1500 ультразвуковых исследований. Миниинвазивные вмешательства при ОЖС выполнены у 103 пациентов с деструктивным панкреатитом (ОДП).

Вмешательства под контролем УЗИ выполнялись по разработанной на ка-

федре методике на аппаратах фирмы Тошиба (SAL–35A, Aplio 400) и Medison (SonoAcePico). Ультразвуковаядиапевтика включала 2 методики: тонкоигольную одномоментную пункцию острых жидкостных образований размером до 50 мм и чрескожное дренирование кист или сочетание дренирования со склеротерапией. Пациентам до и после малоинвазивных вмешательств проводилась антисекреторная, инфузионная и антибактериальная терапия согласно утвержденному стандарту лечения.

Результаты. Пациенты были разделены на три группы. В I группу включены 33 (32,0 %) пациента, которым выполнялись транскутанные и трансорганные пункции ОЖС, во II группу – 58 (56,3 %) – после дренирования ОЖС, III группу – 12 (11,7 %) – после дренирования ОЖС + склеротерапии полости 96 % раствором этанола. Пункции выполнялись при размерах ОЖС до 5 см, дренирование – при размерах более 50 мм, дренирование и склеротерапия проводились при недостаточной редукции кисты после дренирования (при наличии рубцово-спаечного процесса вокруг ОЖС).

При пункции удавалось одномоментно эвакуировать до 80–90 % содержимого, которое направлялось на цитологическое исследование. В нем выявлен высокий уровень амилазы (в 5 – 20 раз превышал норму). При контрольном УЗИ на следующий день оценивалась эффективность процедуры по накоплению (или отсутствии) жидкости. При накоплении жидкости в процессе наблюдения у 11 из 33 больных потребовалась повторная пункция ОЖС (но не более 2-х раз).

Уже на следующий день после дренирования кисты отмечалось уменьшение размеров полостей на 80 – 90 % от исходного и «сморщивание» ее стенок. Дренажный катетер удаляли, когда объем полости достигал 5 – 20 мл. Больные с функционирующими дренажами вы-писывались для динамического наблюдения. Продолжительность наружного дренирования колебалась от 14 до 20 дней. В 4 случаях при динамическом УЗИ облитерация полости кисты наступила спустя 1 – 1,5 мес. с момента процедуры. В 1 случае (у больной с рецидивирующим панкреатитом с жидкостным образованием 6 см в диаметре) достичь полной облитерации кисты при слеротерапии не удалось. При фистулографии отмечено контрастирование вирсунгова протока, в связи с чем ей выполнена цистоеюностомия.

Послеоперационных осложнений не наблюдалось. В 4-х (6,9 %) случаях при первой попытке дренаж установить не удалось из-за особенностей конструкции, в связи с чем ис-пользована иная конструкция дренажей (переход на пункционно-дренажный способ по Сельдингеру с установкой катетера типа Pigtail – у 2-х, а в 2-х случаях – переход к конструкции типа Pleurocan). У 4-х (5,7 %) пациентов при наружном дренировании ОЖС все же сформировались абсцессы парапанкреатической и параколической клетчатки. Им проведено вскрытие и дренирование гнойных полостей из отдельных разрезов с использованием техно-логииэхоскопической навигации. Летальных ис-

ходов в этой группе пациентов не было.

Выводы. Преимуществом малоинвазивных методов лечения под контролем УЗИ является возможность их выполнения на фоне острого деструктивного процесса, когда стенки жидкостных образований не сформированы, а радикальное хирургическое вмешательство представляет значительный риск.

АНАЛИЗ ПОКАЗАТЕЛЕЙ КРАСНОЙ КРОВИ И ТРОМБОЦИТОВ В БЛИЖАЙШЕМ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ РАНЕНИЯХ ГРУДИ

Р.К. Исаев, А.В. Боровикова

Саратовский медицинский университет «Реавиз»

Научный руководитель д.м.н., профессор ***В.В. Масляков***

Введение. В настоящее время травматические повреждения являются ведущей причиной смерти и нетрудоспособности. Наиболее часто встречающиеся травой является травматические повреждения груди: проникающие колото-резаные и огнестрельные. Для достижения удовлетворительного результата лечения необходимо изучить изменения сосудисто-тромбоцитарного звена системы гемостаза у пациентов с различными повреждениями грудной клетки.

Цель исследования. Изучить изменения показателей красной крови и тромбоцитов у пациентов с различными повреждениями грудной клетки в ближайшем послеоперационном периоде.

Исследование. Проведены исследования сравнение показателей красной крови и тромбоцитов у больных с ранениями груди, сопровождающиеся тяжелой степенью кровопотери с показателями здоровых людей. Данные группы состояли из 25 здоровых людей и 25 пациентов с ранениями грудной клетки, из них 15 пациентов с огнестрельными ранениями грудной клетки, 10 пациентов поступили с колото-резанными ранениями. Исследования проводили на первые, третьи, пятые и седьмые послеоперационные сутки.

Результаты исследования. В момент госпитализации больных в стационар у пациентов с ранениями грудной клетки, сопровождающиеся кровопотерей тяжелой степени, наблюдали признаки анемии, проявляющиеся снижением количества эритроцитов до 2,1 х 109/л л и гемоглобина до 96 г/л.

Показатели красной крови и тромбоцитов, в первые сутки после операции. Огнестрельные: эритроциты 2,4 х 1012/л, гемоглобин 96,1 г/л, гематокрит 42,8 %, СОЭ 28 мм/ч, тромбоциты 230 х 109/л, тромбокрит 0,20 %. Колоторезанные: эритроциты 2,3 х 1012/л, гемоглобин 96,8 г/л, гематокрит 41,9 %, СОЭ 17 мм/ч, тромбоциты 231 х 109/л, тромбокрит 0,20 %. Как видно из данных, в первые послеоперационные сутки у всех больных, выявлено существенное снижение показателей количества эритроцитов, гемоглобина и

гематокрита. В тоже время отмечается повышение СОЭ.

Показатели на третьи сутки. Огнестрельные: эритроциты 22,1 х 1012/л, гемоглобин 96,8 г/л, гематокрит 41,9 %, СОЭ 17 мм/ч, тромбоциты 231 х 109/л, тромбокрит 0,20 %. Колото-резанные: эритроциты 2,0 х 1012/л, гемоглобин 96,1 г/л, гематокрит 40,3 %, СОЭ 17 мм/ч, тромбоциты 231 х 109/л, тромбокрит 0,20 %. Как видно из данных, выявлено прогрессивное снижение показателей количества эритроцитов, гемоглобина и гематокрита.

Показатели красной крови и тромбоцитов, на пятые сутки после операции. Огнестрельные: эритроциты 3,4 х 1012/л, гемоглобин 111 г/л, гематокрит 41,9 %, СОЭ 17 мм/ч, тромбоциты 231 х 109/л, тромбокрит 0,20 %. Колото-резанные: эритроциты 3,7 х 1012/л, гемоглобин 99,8 г/л, гематокрит 40,3 %, СОЭ 17 мм/ч, тромбоциты 231 х 109/л, тромбокрит 0,20 %. Как видно из данных, наблюдается частичное восстановление показателей красной крови и тромбоцитов. Увеличение общего количества эритроцитов, гемоглобина, гематокрита по сравнению с третьими послеоперационными сутками.

Показатели на седьмые сутки после операции у больных с ранениями грудной клетки. Огнестрельные: эритроциты 4,3 х 1012/л, гемоглобин 127 г/л, гематокрит 41,9 %, СОЭ 17 мм/ч, тромбоциты 231 х 109/л, тромбокрит 0,20 %. Колото-резанные: эритроциты 4,2 х 1012/л, гемоглобин 128 г/л, гематокрит 40,3 %, СОЭ 17 мм/ч, тромбоциты 231 х 109/л, тромбокрит 0,20 %. Как видно из данных, у всех больных, наблюдается полное восстановление показателей красной крови и тромбоцитов. Сохранялся повышенным показатель СОЭ.

Заключение. Наши исследования показали, что у пациентов с ранениями грудной клетки, сопровождаемые кровопотерей тяжелой степени, отмечается снижение количества эритроцитов, уменьшение показателей гематокрита, гемоглобина, увеличение СОЭ. Следует отметить, что данные изменения не зависели от характера ранения. На третьи послеоперационные сутки зарегистрировано снижение количества эритроцитов, гемоглобина, гематокрита. Частичное восстановление этих показателей отмечалось на пятые послеоперационные сутки. Полное восстановление показателей кранной крови, за исключением СОЭ отмечалось к седьмым послеоперационным суткам.

ВЫБОР МЕТОДОВ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С НЕСПЕЦИФИЧЕСКИМ ЯЗВЕННЫМ КОЛИТОМ

Ф.Э. Курбонова

Медицинский университет «Реавиз»

Научный руководитель ассистент кафедры ***Л.А. Комарова***

Введение. Неспецифический язвенный колит – серьезная проблема гастроэнтерологии и колопроктологии. По распространенности и социальной значимости НЯК занимает одно из ведущих мест среди заболеваний органов

пищеварения, имеет рецидивирующее течение и неблагоприятный медико-социальный прогноз. Пик заболеваний неспецифическим язвенным колитом приходится на возраст 15-40 лет. Начало заболевания в возрасте до 15 лет отмечается только у 10 - 15% пациентов с неспецифическим язвенным колитом, а манифестация неспецифического язвенного колита после 40 лет встречается крайне редко. Примерно у 50% пациентов, после первого обострения, второе случается в течение последующих 2 лет. У 40% пациентов, обострения болезни могут случаться и следовать одно за другим. У 10% пациентов обострения случаются крайне редко (например, 1 обострение за 25 лет).

Цель. Проанализировать методы лечения неспецифического язвенного колита с целью определения оптимальной тактики с наименьшим процентом рецидивов и осложнений.

Материалы и методы исследования.

Проанализированы результаты лечения 150 пациентов с данной патологией. Среди них мужчин было 95, женщин- 55. Впервые выявленный НЯК был диагностирован у 36 пациентов. Схемы лечения включали в себя препараты 5-АСК, гормонотерапию, применение цитостатиков. Оперативное лечение выполнялось в случае неэффективности терапии у 86 пациентов.

Результаты исследования.

В плановом порядке были прооперированы 66 больных. Резекция пораженного отдела с фрмированиемколостомы была выполнена 58 пациентам, колэктомия- 8. В экстренном порядке оперативное лечение выполнялось 20 пациентам. Показаниями являлись: кровотечение -у 7 пациентов, токсическая дилатация толстой кишки в 5 случаях, перитонит послужил причиной операции у 3 пациентов, кишечная непроходимость- у 5 больных. Летальность составила 12 %. Рецидив заболевания в течение 3-5 лет наблюдался у 7 пациентов, которым была выполнена резекция пораженного отдела толстой кишки.

Выводы.

1. Препараты 5-АСК при пероральном приеме оказывают выраженный эффект в случаях легкого и среднетяжелого течения заболевания. Они также являются оптимальным выбором для поддерживающей терапии, при проведении которой они эффективны уже в малых дозах (0,75–1,0 г/сут). Относительный дозонезависимый эффект лечения препаратами 5-АСК наблюдается и при местном их применении у больных с дистальным колитом.

2. Хирургическое лечение приводит к выздоровлению. Радикальное лечение включает в себя удаление всей толстой и прямой кишки (проктоколэктомия) и наложение постоянной или временной илеостомы.

3. Не существует безапелляционных критериев в выборе оптимальных сроков выполнения оперативного вмешательства, которые определяются распространенностью поражения, степенью выраженности клинических проявлений, эффективностью консервативной терапии, наличием осложнений и другими факторами.

ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ДИВЕРТИКУЛЯРНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ТОЛСТОЙ КИШКИ В СТАДИИ ОСТРЫХ И ХРОНИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ

Т.Ю. Лапина

Медицинский университет «Реавиз»

Научный руководитель ассистент кафедры ***Л.А. Комарова***

Введение. Вопрос о тактике лечения пациентов с дивертикулярной болезнью толстой кишки (ДБТК) остается неизменно актуальным в связи с неуклонным ростом заболеваемости, преимущественно в развитых странах. По данным ГНЦ колопроктологии число первичных обращений по поводу дивертикулярной болезни за последние 15 лет увеличилось в 2,1 раза, осложнения дивертикулеза развиваются у 5 % больных, клинические проявления дивертикулярной болезни толстой кишки отмечаются в 20 % случаев. По данным Самарского областного медицинского информационно- аналитического центра на сегодняшний день заболеваемость ДБТК составляет 15% от всех заболеваний толстой кишки, в то время как экстренное оперативное лечение осложненных форм данной патологии занимает третье место в общей структуре экстренной хирургии. Таким образом, учитывая отсутствие тенденции к снижению заболеваемости ДБТК, высокий процент осложненного течения заболевания, необходимо разработать алгоритм обследования и лечения пациентов с данной патологией, проанализировать ближайшие и отдаленные результаты лечения больных с осложненными формами ДБТК и вне осложнений заболевания.

Цели и задачи. Улучшение качества жизни больных с дивертикулярной болезнью толстой кишки путем оптимизации тактики обследования и лечения

.

Материалы и методы. Проанализированы результаты оперативного лечения пациентов с дивертикулярной болезнью толстой кишки. Мужчин было 276 (48,4%), женщин - 294 (51,6%). У 246 (43,1%) больных заболевание было выявлено впервые, 324 (56,8 %) - госпитализированы повторно. Осложненные формы ДБТК диагностированы у 225 больных (39,4% от общего количества больных с данной патологией за 5 лет). Кишечное кровотечение как причина госпитализации отмечено у 200 (35%) пациентов, острый дивертикулит с воспалительными изменениями в стенке толстой кишки, в том числе с признаками инфильтрата диагностирован у 25 человек (4,3 %).

Результаты. При обследовании больных соблюдался следующий алгоритм: клинический и биохимический анализы крови, исследование системы гемостаза, исследование прямой кишки пальцем, ректороманоскопия, фиброколоноскопия, ирригография отводящего и приводящего отделов, ультразвуковое исследование органов брюшной полсти, компьютерная томография органов брюшной полости при наличии данных за паракишечный ин-

фильтрат или свищ. При клинической картине кишечного кровотечения в обязательном порядке выполнялась фиброгастродуоденоскопия. На основании полученных рентгенологических, эндоскопически подтвержденных данных о размерах, локализации, протяженности поражения кишки определялась тактика лечения – выбор способа и объема оперативного вмешательства либо схемы консервативного лечения. Показаниями к плановому оперативному лечению являлись: частота обострения заболевания 2-3 раза в год с отсутствием выраженного эффекта от консервативного лечения, наличие паракишечного инфильтрата в брюшной полости, сигмовезикального и сигмоцервикального свищей. При формировании межкишечного анастомоза использовались сшивающие циркулярные аппараты CEEA 31 (США), CDH 29 (Китай). В срочном порядке оперированы 20 пациентов(14%) в связи с данными за наличие свободной жидкости в брюшной полости, пальпаторно определяемый инфильтрат в проекции пораженного участка толстой кишки.

Выводы.

1. По настоящее время не существует полностью оправдавшего себя алгоритма лечения пациентов с дивертикулезом толстой кишки.
2. Несмотря на регулярное консервативное лечение и отсутствие в ряде случаев риска развития осложнений, оперативное лечение по поводу ДБТК составляет 12,7% от общего числа оперированных больных в год.
3. Радикальное оперативное лечение в плановом порядке у пациентов вне обострения ДБТК после уточнения локализации, распространенности поражения в наиболее ранние сроки дает положительные результаты, значительно улучшая качество жизни пациентов.

ОЦЕНКА ВЕРОЯТНОСТИ НАСТУПЛЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ У ЖЕНЩИН С «БЕДНЫМ ОТВЕТОМ» ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ ПРОГРАММ ВРТ

А.Д. Мунгалова

Сибирский государственный медицинский университет

Научные руководители: доцент, к.м.н. ***Ж.Ф. Гайфулина,***

доцент, к.м.н. ***И.А. Петров***

Актуальность

В последние годы наблюдается увеличение числа женщин, обратившихся в отделение вспомогательных репродуктивных технологий клиник Сибирского государственного медицинского университета (СибГМУ) с целью лечения бесплодия в старшем репродуктивном возрасте (старше 35 лет). Доля таких пациенток в 2012-2015 годах составляла 38,05%. Большая часть таких пациенток нуждается в проведении экстракорпорального оплодотворения (ЭКО) с переносом эмбрионов (ПЭ) либо в сочетании с интрацитоплазмати-

ческой инъекцией сперматозоидов (ИКСИ). Однако опыт использования ЭКО показывает, что при применении гонадотропинов в адекватных дозах у части пациенток не удается обеспечить созревания более 3 фолликулов, либо не удается получить их вовсе, что входит в определение критериев «бедного ответа».

Цель

Определить наиболее значимые показатели бедного ответа, определяющие наступление беременности у женщин в программах ЭКО/ИКСИ в соответствии с «болонскими критериями» (поздний репродуктивный возраст, «бедный ответ» во время предыдущей стимуляции – 3 ооцита и менее при применении стимуляции максимальными дозами, измененные тестовые показатели овариального резерва – ЧАФ менее 5-7 или АМГ менее 0,5-1,1) в разных возрастных группах (I -до 35 лет, II -35-39 лет III >40 лет)

Материалы и методы исследования

Проводилась ретроспективная оценка стационарных карт 622 пациенток (в возрасте от 20 до 42 лет), обратившихся в отделения вспомогательных репродуктивных технологий клиник СибГМУ по поводу лечения бесплодия в период с октября 2012 г. по декабрь 2015г. Пациенткам были проведены процедуры ЭКО+ИКСИ+ПЭ или ЭКО+ПЭ. Пациентов относили к группе бедного ответа при наличии 2 из 3 болонских критериев. Статистический анализ выполнен с использованием программы SPSS ® 22.0 (© SPSS Inc.). Были использованы возможности пакета для расчета значений методами описательной статистики, при условии нормального распределения, в которой вычислялись следующие характеристики: среднее, стандартная ошибка, стандартное отклонение, дисперсия выборки, медиана. Уровень надежности в процессе расчета составил 95%.

Результаты

В процессе исследования было установлено, что из 622 пациенток, 113 подходили под понятие «бедный ответ». Среди данных пациенток с «бедным ответом» у 26 пациенток получено по 1 ооциту, у 39 по 2 ооцита, у 42 - по 3 ооцита. У остальных 6 человек ооцитов не получено. Клинической беременности удалось добиться в 12 случаях (13,56%), из которых 2 пациентки (16,6%) имели по 1 зрелому ооциту, у 1 пациентки (8,3%) зрелых ооцита, и у 9 пациенток (75%) 3 ооцита. Распределение беременностей по возрастным группам составило: I до 35 – 58, 3%, II 35-39 –25%, III > 40 – 16, 7 %. Среднее значение АМГ составило 1,4025 нг/мл.

Пациентки, входившие в состав I группы, имели относительно низкий уровень АМГ(1,4 ± 0,6) в сравнении с возрастными нормами, однако в исследуемой группе показатель уровня наступления беременности превалировал над группами II и III. Наступление беременности у женщин с «бедным ответом», закончившейся срочными родами либо плановой операцией кесарева сечения, произошло в 13,56% случаев, из которых женщины репродук-

тивного возраста (до 35 лет 58,3 %) имели сниженный показатель АМГ (1,4 ± 0,6 нг/мл), в то время как наступление беременностей в средней (35-39 лет) и старшей (>40 лет) группах репродуктивного возраста составило соответственно 25% и 16,7%, при АМГ 1,5± 0,3 и 1,5± 0,5. Рейтинг «Takehomebaby» составил 12,4 %

Выводы

При статистически незначимом различии уровня АМГ, вероятность наступления беременности выше в раннем репродуктивном возрасте. Таким образом, показатель бедного ответа, такие как низкий АМГ и ЧАФ, не являются определяющими факторами в частоте наступления беременности в программах ЭКО ЭКО/ИКСИ. Наиболее значимым фактором, определяющим наступление беременности является возраст женщины.

ВЫБОР МЕТОДОВ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ

М.А. Наумова

Медицинский университет «Реавиз»

Научный руководитель к.м.н., ст.преподаватель ***В.А. Бадеян***

Введение. По данным ВОЗ, желчнокаменной болезнью страдают 24% женщин и 12% мужчин. В последние годы всё чаще встречаются осложнённые формы желчнокаменной болезни, связанные с холестазом, развитием хронической инфекции в билиарной системе и в самом желчном пузыре. Операции на желчевыводящих путях занимают второе место среди хирургических вмешательств. Золотым стандартом оперативного лечения является миниинвазивные и лапароскопические методы лечения.

Цель. Выбрать методы оперативного лечения при различных формах желчнокаменной болезни и определить эффективность применения различных методов оперативного лечения.

Задачи.

1. Сравнить частоту применения различных методов оперативного лечения при желчнокаменной болезни.

2. Оценить осложнения послеоперационного периода пациентов с желчнокаменной болезнью.

3. Оценить отдаленные результаты до 1 года.

Материалы и методы. В основу работы взяты результаты обследования и лечения 100 пациентов с желчнокаменной болезнью в возрасте от 30 до 70 лет: мужчин – 30 человек (30%), женщин – 70 человек (70%). Из них 10 (10%) пациентов имели желчнокаменную болезнь, осложненную холестазом и желтухой, что явилось показанием к проведению оперативного вмешательства в первые сутки, а 90 (90%) пациентам была проведена консервативная

терапия, и на третьи сутки выполнялось оперативное вмешательство.

Результаты. Самым распространенным и эффективным методом оперативного лечения является лапарохолецистэктомия (60%), второе место занимает холецистэктомия через мини-доступ (30%), однако свое значение, как метод выбора сохранила открытаяхолецистэктомия (10%).

Наиболее же частым послеоперационным осложнением является дискинезия желчевыводящих путей (50%), приводящая в дальнейшем к развитию функциональных и анатомических изменений желчевыводящих путей (37%) с сохранением болевого синдрома (46%). Не малое значение по частоте возникновения осложнений также занимают серомы и нагноения послеоперационных ран (55%).

Выводы. Таким образом, открытая холецистэктомия не теряет своей актуальности как метод выбора, несмотря на то, что увеличивается продолжительность оперативной травмы, восстановления после операции, время нахождения в стационаре. Однако по статистике, как методы выбора лечения пациентов с желчнокаменной болезнью, первые места занимают лапарохолецистэктомия и холецистэктомия через мини-доступ, как в плановой, так и в экстренной хирургии.

ЛАЗЕРНАЯ ФЕНЕСТРАЦИЯ ПЕЧЕНИ В ЭКСПЕРИМЕНТЕ

Я.А. Нестеренко

Саратовский медицинский университет «Реавиз»

Научный руководитель д.м.н., доцент ***С.В. Капралов***

Портальная гипертензия является ведущим синдромом, характерным для цирроза печени, наиболее опасным осложнением которого является кровотечение из варикозно расширенных вен пищевода. Несмотря на то, что профилактика этого осложнения является одним из главных направлений терапии цирроза, сложные патологические нарушения не позволяют полностью решить данную проблему.

Определяющими параметрами печёночной перфузии считаются величины портального и артериального печёночного кровотока, портального сосудистого сопротивления, портального давления и градиента давления между воротной и нижней полой веной. Положительного эффекта при лечении цирроза можно достичь либо торможением фиброгенеза, либо стимуляцией регенерации печени, а также реструктуризацией стромы стимуляцией новообразования сосудов. Учитывая успехи непрямой реваскуляризации конечностей при облитерирующих заболеваниях, а также появившиеся сообщения о лазерных методиках реваскуляризации миокарда, нами решено в эксперименте разработать методику лазерной реваскуляризации печени.

Первым этапом исследования стала разработка в остром эксперименте ме-

тодики создания лазерных каналов в печени и оценка безопасности данной манипуляции. Исследование проведено на 5 нелинейных лабораторных белых крысах. Животным под эфирным наркозом выполняли лапаротомию. Применяли полупроводниковый лазер "Lasermed 1-10" с длиной волны 1,06 мкм и мощностью до 10 Вт. Кварцевым световодом диаметром 600 мкм выполнялись сквозные перфорации печени. Обнаружено, что применение мощности излучения 9-10 Вт приводит к чрезмерному повреждению ткани печени. Использование мощности меньшей 5 Вт не гарантирует надежного гемостаза. Затем животное выводилось из эксперимента. Поврежденная печень исследовалась гистологически. При изучении препаратов обнаружены транспеченочные каналы до 1 мм в диаметре, стенки которых выполнены прочным хорошо фиксированным струпом коагуляционного некроза. Толщина струпа составляла 100-200 мкм. Кровоизлияний в ткань печени не наблюдалось.

Вывод: лазерная канализация печени контактной коагуляцией лазером ближнего инфракрасного диапазона через кварцевый световод возможна и безопасна при мощности излучения 7-8 Вт.

РОЛЬ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО ГЕМОСТАЗА У БОЛЬНЫХ С ЯЗВЕННЫМИ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫМИ КРОВОТЕЧЕНИЯМИ

Э.А. Нуянзин, В.П. Афанасенко

Медицинский университет «Реавиз»

Научный руководитель зав. кафедрой д.м.н. ***С.А. Столяров***

В настоящее время несмотря на наличие большого количества современных препаратов(блокаторов протонной помпы) для консервативного лечение язвенных гастродуоденальных кровотечений (ЯГДК) оперируются около 25% больных. Сейчас в хирургии ЯГДК сложилось такое положение, что дальнейшее совершенствование техники операции не приводит к улучшению результатов лечения.

Показаниями к хирургическому лечению больных с ЯГДК в экстренном порядке является:

1.продолжающееся кровотечение.

2.массивное кровотечение не останавливающееся при консервативном лечение.

3.рецидив кровотечения в стационаре.

Всем известно, что результаты хирургического лечения у этой группы больных оставляют желать лучшего. Послеоперационная летальность достигает 47,4%. Следует учитывать и то ,что большинство этих операций выполняются дежурной бригадой в ночное время.

Только круглосуточная возможность выполнения эндоскопического гемо-

стаза может изменить результаты лечения у этой категории больных. Эндоскопические мероприятия приводят к остановке кровотечения у 87,9-92,3%(Антонов В.И.ссоавт.,2014,Ермолов А.С. с соавт.,2014)

За 2015 г. В 7 отделение ГБУЗ СГКБ №1 им. Н.И. Пирогова поступило 285 больных ЯГДК. Из них язва желудка диагностирована у 102 (35,7%),язва ДПК у 173 (64,3 %).Эндоскопический гемостаз выполнен у 52 больных(18,2 %)Возраст пациентов от 28 до 86л. Диагноз язва желудка было у 28 больных (54%),язва ДПК у 24 больных(46%)

Таблица 1.

Вид гемостаза Язва желудка Язва ДПК Всего

1.Инъекция адреналина 18 17 35

2.Клипирование сосуда в язве 3 3 6

3.Аргоно-плазменная коагуляция 4 2 6

Комбинированная 3 2 5

Всего 28 24 52

Основным показателем эндоскопического гемостаза, указывающим на его эффективность ,служит рецидив кровотечения.

По нашим данным рецидив кровотечения возник только после эндоскопического инъекционного гемостаза(введение адреналина возле язвы).Из 35 больных рецидив кровотечения отмечен у 10 больных(28.6%)

После эндоскопического гемостаза у 28 больных с язвой желудка рецидив возник у 7 больных(25%),из 24 больных с язвой ДПК – у 3 (12.4%)

Выводы:

1.У больных с продолжающимся кровотечением и высокой вероятностью рецидива кровотечения ФГС обязательно должен заканчиваться вмешательством на источник кровотечения(гемостазом)

2.Необходимость эндоскопического гемостаза одинакова при кровотечение из язвы желудка и язвы ДПК

3.После эндоскопического гемостаза рецидив кровотечения из язвы желудка возникает в 2 раза чаще, чем из язвы ДПК

4.Временная остановка кровотечения при эндоскопическом гемостазе переходит в окончательную у 80.2% больных

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ АТЕРОТРОМБОТИЧЕСКИХ ИНСУЛЬТАХ

А.А. Оборин

Пермский государственный медицинский университет им. академика Е.А. Вагнера

Научный руководитель ***И.С. Мухамадеев***

Введение: Сосудистые заболевания головного мозга из-за высокой распространенности и тяжелых последствий для здоровья населения представляют

важнейшую медицинскую и социальную проблему. Показатели смертности от цереброваскулярных заболеваний в России одни из самых высоких в мире. В отличие от большинства экономически развитых стран, они не снижаются, а имеют тенденцию к увеличению.

Цель и задачт: Определить наиболее успешный метод реваскуляризации бассейнов головного мозга, как профилактику атеротромботического инсульта.

Материалы и методы: Среди всех неврологических расстройств головного мозга 80% составляют инсульты ишемического характера. Большая часть связана с осложнениями эмболического характера из бляшек в экстракраниальных сосудах. Среди всех причин ишемического инсульта поражения внутренней сонной артерии достигают 40%. Известно также, что «золотым стандартом» лечения стенозирующих поражений сонных артерий является операция каротидная эндартерэктомия(КЭА), что доказано исследованиями NASCET, ECST, ACAS. В исследовании NASCET было показано, что каротидная эндартерэктомия дает явный положительный эффект при стенозе сонной артерии более 70%, КЭА в целом снижает риск инсульта на 17%, при стенозе 90-99% риск уменьшается на 26%, а при стенозе 70-79% - на 12%. Существует альтернатива открытой хирургической операции-эндоваскулярный метод-каротидная ангиопластика со стентированием(КАС). По полученным данным нет достоверной доказанности преимущества КАС над КАЭ, но исходя из ряда исследований можно выделить плюсы этого метода. При использовании КАС с применением защитных приспособлений серьезные нежелательные события были зарегистрированы у 12,2% пациентов в течение года в сравнении с 20,1% хирургических пациентов. Незначительное преимущество КАС в сравнении с КЭА заключалось и в меньшей частоте повреждений черепных нервов. Абсолютное количество повторных ишемических событий после периоперационного периода в течение двух лет составило 7,6% в группе КЭА и 9,2% в группе КАС. Таким образом, риск инсульта очень мал у КЭА и КАС. Однако частота рестенозов была значительно выше для группы КАС. К тому же эндоваскулярное вмешательство значительно дороже открытой операции.

Вывод: КЭА является золотым стандартом в церебральной реваскуляризации ГМ, несмотря на появление КАС, нет достоверных данных об отдаленных результатах. Также, количество противопоказаний и стоимость выполнения делают ее трудно доступной как стандартный метод реваскуляризации ГМ.

ОПТИМИЗАЦИЯ ИНТРАОПЕРАЦИОННОЙ АНАЛЬГЕЗИИ В ПЛАНОВОЙ И НЕОТЛОЖНОЙ ХИРУРГИИ

С.С. Орипов

Медицинский университет «Реавиз»

Научный руководитель к.м.н., доцент ***С.А. Пряников***

В настоящее время невозможно представить выполнение хирургического вмешательства без адекватного обезболивания. Среди используемых видов анестезии особое место занимает тотальная внутривенная анестезия (ТВА), которая соответствует принципам современной анестезиологии – эффективности, надежности и безопасности. Однако применение ТВА не позволяет в полной мере решить проблему ее управляемости, в частности, аналгетического компонента. Под управляемостью анестезией мы понимаем возможность создавать и изменять концентрацию общего анестетика в крови, поддерживать его нужный уровень без передозировок и снижения его концентрации, а также возможность плавного выведения пациентов из наркоза.

Фентанил прочно вошел в анестезиологическую практику и используется более чем в 90% случаев анестезиологических пособий. Поддержание аналгезии его периодическим болюсным введением является технически простым способом, но сопровождается значительными коле-баниями концентрации препарата в плазме – от «пиков» относительной передозировки до «провалов» слишком поверхностной анестезии. Пики концентрации могут проявляться такими побочными эффектами, как артериальная гипотония и апноэ. Провалы концентрации могут стать причиной слишком поверхностной анестезии, не соответствующей уровню хирургической стимуляции.

Для проведения качественной оценки управляемости ТВА нами у 28 больных в возрасте 38 ± 9 лет, оперированных в плановом и неотложном порядке, проведено сравнительное исследование методик внутривенной анестезии и их влияние на основные показатели гемодинамики. Обработка данных и моделирование анестезий проводилась с помощью компьютерной программы IVA-SIM. 3.01.(J.Schuttler., S. Kloos. A programtosimulateintravenousanaesthesia / InstitutfürAnäesthesiologueUniversitätBonn, 1991), которая способна рассчитывать средние фармакокинетические параметры используемых для анестезии препаратов по индивидуальной кривой «концентрация – время».Построенная таким образом математическая модель фармакокинетического процесса позволяет определять расчетную (Ккр) и эффективную (Кэф) концентрации применяемых препаратов в крови, а также индивидуальные для каждого пациента дозы этих препаратов.

Пациентам первой группы (17 человек) аналгезия проводилась методом болюсного введения фентанила в общепринятых дозировках. У пациентов второй группы (11 человек) использовали методику постоянной инфузии, управляемой вручную, с использованием насоса шприцевого ДШ-07. Его

особенностью является простота использования. Дозу анестетика рассчитывали на килограмм веса пациента (мг/кг). Болюсное введение фентанила на этапе индукции создавало оптимальную концентрацию препарата в плазме крови, которая затем поддерживалась постоянной инфузией в дозе 3 мкг/кг в первый час операции, затем по 2 мкг/кг, заканчивая введение за 10 минут до окончания операции. Средняя продолжительность анестезии 78±11 минут.

Оценка эффективности и адекватности анестезии проводилась на основании клинической картины и показателей кровообращения. Центральную гемодинамику оценивали неинвазивным методом с помощью монитора «Siemens SC 6002» на основании измерения АД, ЧСС и последующим расчетом основных параметров по общепринятым формулам Старра с поправочными возрастными коэффициентами (Станченко И.А., 1999).

Сравнительный анализ расходуемых доз препаратов на этапе поддержания анестезии показал, что использование методики непрерывной инфузии, управляемой вручную позволяет уменьшить расход фентанила на 30% по сравнению с методикой болюсного введения.

Таким образом, предлагаемая методика тотальной внутривенной анестезии на основе постоянной инфузии, управляемой вручную, характеризующаяся технической простотой, эффективностью и адекватностью течения анестезии, быстрой посленаркозной реабилитацией пациентов и экономической обоснованностью, имеет существенные преимущества при проведении анестезиологического пособия в плановой и неотложной хирургии.

ШКАЛА АЛЬВАРАДО В ДИАГНОСТИКЕ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА У БЕРЕМЕННЫХ

И.И. Петрашенко, Р.Н. Степаненко, А.Д. Белослудцев

Государственное учреждение «Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины»

Научный руководитель д.м.н., профессор ***А.Б. Кутовой***

Введение. Острый аппендицит является абдоминальной хирургической патологией, требующей незамедлительной диагностики и выполнения хирургического вмешательства. В общей совокупности заболеваний, требующих срочной операции на фоне беременности, острый аппендицит, частота которого составляет 0,03-5,2%, занимает лидирующую позицию. Для повышения точности диагностики данного заболевания разработаны балльные системы, такие как Alvarado, Eskelinen, Lintula, Ohmann, а также их модификации. Их общим признаком является включение ряда клинических параметров и лабораторных данных.

Целью исследования была оценка балльной шкалы Альварадо в диагностике острого аппендицита у беременных.

Материалы и методы. С подозрением на острый аппендицит было обследовано 79 женщин. Наряду с общепринятыми клиническими, лабораторными и инструментальными диагностическими методами была применена шкала Альварадо. Результаты, полученные в соответствии со шкалой, сопоставляли с дальнейшей интраоперационной картиной и результатами гистологических заключений удаленных червеобразных отростков.

Результаты.

Учитываяи то, что при 5 баллах и ниже по шкале Альварадо диагноз острого аппендицита маловероятен, мы разделили женщин на две подгруппы в зависимости от набранных баллов. В первую подгруппу (0 – 5 баллов) вошло 12 (15,1 %) женщин, во вторую (6 – 10 баллов) – 67 (84,8 %). Во время лапароскопии у 6 (7,5 %) женщин первой подгруппы признаков воспаления червеобразного отростка выявлено не было и диагноз острого аппендицита был исключен. У остальных наблюдалась катаральная форма воспаления. Во второй подгруппе зафиксированы деструктивные формы заболевания в большинстве случаев. Сумма баллов от 0 до 5 свидетельствовала об отсутствии острого аппендицита или о катаральной его форме. При сумме баллов от 6 и более, у больных отмечали деструктивные формы заболевания. Так, при катаральной форме острого аппендицита средняя сумма баллов составила 4,4±0,7, при деструктивных – 9,1±0,9 ($p<0,001$).

Выводы. Таким образом, количество баллов в пределах 4 – 5 баллов является надежным признаком воспалительных изменений червеобразного отростка. При этом отмечена прямая связь глубины воспалительных изменений стенок аппендикса от суммы баллов. Так, при деструктивных формах острого апендицита сумма баллов имела более высокие показания по сравнению с катаральной формой.

ДИАГНОСТИКА АБДОМИНАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ

И.И. Петрашенко, Р.Н. Степаненко, А.Д. Белослудцев

Государственное учреждение «Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины»

Научный руководитель д.м.н., профессор ***А.Б. Кутовой***

Введение. Одним из наиболее информативных методов, позволяющих быстро поставить диагноз острого аппендицита в период беременности, является лапароскопия. Вместе с тем, как и любое инвазивное исследование, лапароскопия сопряжена с возможностью осложнений, частота которых составляет от 0,3 до 7,6%. Все больший интерес хирургов в диагностике острого аппендицита привлекают высокоинформативные неинвазивные методы обследования, в частности ультразвуковое исследование. Однако до настоя-

щего времени мнения специалистов об эффективности ультразвукового метода в установлении воспалительных изменений червеобразного отростка во время беременности неоднозначны.

Цель и задачи: изучить информативность ультразвукового метода в диагностике острого аппендицита в разные сроки беременности беременности.

Материал и методы. В хирургической клинике областной клинической больницы им. И.И. Мечникова с подозрением на острыйапендицит обследовано 75 беременных. Наименьший срок беременности был 4-5, наибольший 35-36 недель. Беременных в I триместре было 26 (34,7%), в II триместре – 34 (45,3%) и в III триместре – 15 (20,0%).

Результаты. При проведении сонографии у 17 (22,6%) из 75 обследованных беременных были выявлены прямые эхоскопические признаки острого аппендицита (продолговатой формы эхонегативное образование с плотными стенками более 2 мм, диаметром более 6 мм), у 26 (34,6%) - непрямые (инфильтрат без четких границ в правой подвздошной области или наличие экссудата, утолщение стенок тонкого кишечника, атония кишечника). Из них в I триместре было 15 (20,0%) женщин, во II – 20 (26,7%), в III – 8 (10,7%) беременных.

Морфологические изменения при остром катаральном аппендиците очень плохо находят своего отражения в ультразвуковой картине. При деструктивных формах за счет воспалительной инфильтрации и утолщении стенок червеобразного отростка, ретенции жидкости в просвете, появляется лучшая возможность его визуализации при УЗИ ($p<0,05$).

Проведенные расчеты показали, что чувствительность ультразвуковой диагностики составила - 58,5%, специфичность – 60,0%, точность – 58,7%, и диагностическая эффективность – 59,2%.

Прогрессирующая беременность изменяет характерные клинические симптомы острого аппендицита, повышает число диагностических и тактических ошибок, поэтому ультразвуковая диагностика недостаточно информативна в разные сроки гестации. Ультраструктуры червеобразного отростка при сонографии в I триместре дифференцировались лучше, чем во II и III, что связано с увеличением размеров матки.

Анализ показателей диагностической информативности по триместрам беременности показал, что динамика чувствительности, точности и диагностической эффективности сонографического метода исследования в I триместре была выше, чем во II и в III триместрах, в связи с отсутствием ЛП и изменением соотношения ИО и ЛО результатов. Причинами получения 29 (38,6%) ЛО результатов послужили технические затруднения в визуализации измененного червеобразного отростка, вовлеченного в патологический процесс: в 2 (2,7%) случаях затруднял осмотр спаечный процесс в брюшной полости, в 3-х (4,0%) случаях – червеобразный отросток расположенный атипично. По мере прогрессирования беременности возникали трудности в

диагностике острого аппендицита, связанные с появлением акустических помех (эхогенное кишечное содержимое и кишечные газы), и информативность сонографии продолжала снижаться. Диагностическая информативность ультразвукового сканирования в III триместре существенно не улучшала выявляемость острого аппендицита во время беременности.

Выводы. Ультразвуковое исследование при подозрении на острый аппендицит у беременных существенно не улучшает качество диагностики, но позволяет сократить сроки диагностического этапа, повысить эффективность выявления распространенной острой патологии живота и своевременно решить вопрос об адекватной лечебной тактике.

ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНАЯ МОДЕЛЬ ОСТРОЙ ВЕНОЗНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У КРЫС

И.В. Саматошенков

ГОУ ВПО «Казанский Государственный Медицинский Университет»

Научный руководитель - к.м.н., доцент, ***Б.М. Миролюбов***

Введение: Экспериментальное моделирование острой венозной недостаточ-ности нижних конечностей обусловлено необходимостью выяснения патоге-неза данного состояния, что позволит обосновать сроки и объем хирургиче-ского и медикаментозного лечения этой патологии у человека.

Задачи: Упрощение и удешевление экспериментальной методики создания острого венозного тромбоза в эксперименте.

Цель: Определение эффективных методик моделирования венозного тромбоза в эксперименте.

Материал и методы исследования: Оперативным путем создавали острый венозный тромбоз и острую венозную недостаточность нижних конечностей у 18 крыс массой 220 - 280 граммов. Крысы были разделены на 2 группы по способу операций. Животным первой группы выполнили перевязку наружной подвздошной вены. Второй группе животных выполнили перевязку нижней полой вены. Перевязку наружной подвздошной вены (9 крыс) выполняли через доступ на бедре под ингаляционным эфирным наркозом. Нижнюю полую вену перевязывали через срединную лапаротомию (9 крыс). Для наркоза также использовали эфир, подаваемый смоченными в эфире ватными дисками ингаляционно через лабораторную колбу. Срок ожидания острого венозного тромбоза 24-48 часов.

Полученные результаты: Результаты операции оценивали визуально по следующим клиническим признакам: 1) наличие синюшности кожи нижних конечностей, 2) наличие отека, 3) наличие хромоты при передвижении. В первой группе ни одного из вышеперечисленных признаков ни у одного из животных зарегистрировано не было. Во второй группе были достоверно

определены следующие показатели наличия острого венозного тромбоза: 1) наличие синюшности кожи нижних конечностей, 2) наличие отека конечностей, 3) наличие хромоты при передвижении.

Выводы: По литературным данным наиболее приемлемым для воспроизведе-ния острого венозного тромбоза является метод S. Wessler (сочетание застоя и гиперкоагуляции) в различных его модификациях. На наш взгляд, дополни-тельное внутривенное введение препаратов, способствующих тромбообразо-ванию, значительно усложняет и удорожает процедуру. Предложенный нами метод позволяет получить четкую клиническую картину острой венозной недостаточности без применения гемостатических препаратов.

КЛАССИФИКАЦИЯ СИМУЛЬТАННЫХ ОПЕРАЦИЙ В ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

К.Д. Сафаров

Медицинский университет «Реавиз»

Научный руководитель профессор ***И.Г. Лещенко***

Актуальность проблемы. В настоящее время являются актуальными вопросы разработки и внедрения технологии симультанных операций в хирургическую практику. При этом важным разделом этой проблемы является разработка и внедрение классификации симультанных операций.

Цель исследования. С современных позиций клинической хирургии разработать классификацию симультанных операций.

Материалы и методы. В хирургическом и урологическом отделениях Самарского областного клинического госпиталя для ветеранов войн с 1994 по 2013 гг. плановые симультанные операции выполнены 977 (13,6%) больным. Возраст пациентов от 24 до 89 лет.

Результаты исследования. За анализируемый период симультанные операции выполнены 617 больным хирургического профиля. Из них 515 больным одновременно выполнено 2 операции, 93 больному – 3 операции, 8 больным - 4 операции, 1 больному – 5 операций. В итоге 617 больным выполнили 1346 операций. За этот период в урологическом отделении выполнены симультанные операции 360 больному. Из них 298 больным одновременно выполнено 2 операции, 41 больному – 3 операции, 14 больным - 4 операции, 7 больным – 5 операций. В итоге 360 больному выполнили 810 операций.

Авторами предложена рабочая классификация, которая предусматривает разделение симультанных операций на семь категорий – по характеру выполнения, числу операций, профилю заболевания, виду этапов операции, степени операционно- анестезиологического риска, объему и технологии

выполнения.

Выводы

1. Среди хирургических и урологических больных 13,6% нуждаются в выполнении симультанных операций.

2. Симультанные операции у этих больных необходимо классифицировать на семь категорий – по срокам выполнения, числу операций, профилю заболевания, виду этапов операции, степени операционно-анестезиологического риска, объему и технологии выполнения.

3. Показанием к выполнению симультанных операций у хирургических и урологических пациентов является наличие патологии, требующей хирургической коррекции. Симультанные операции у этих больных носят плановый (95,6%), вынужденный (3,1%) и профилактический (1,3%) характер ($p<0,05$).

4. Использование разработанной авторской классификации симультанных операций у хирургических и урологических больных даст возможность выявлять тенденции их развития, уточнять показания к применению, обеспечивать адекватную подготовку больных и хирургической бригады к операции, унифицировать учет и отчетность.

УСПЕШНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПОСЛЕДСТВЫЙ НЕУДАЧНОГО УДАЛЕНИЯ ГРЫЖИ МЕЖПОЗВАНОЧНОГО ДИСКА

К.Д. Сафаров

Медицинский университет «Реавиз»

Научный руководитель Заслуженный врач РФ доктор медицинских наук, академик РАМТН, профессор ***В.С. Попов***

Целью исследования является научный анализ ошибок при операции удаления грыжи межпозвонкового диска и их устранение с благополучным исходом.

9.10.2014 г. пациенту Л. за рубежом по поводу секвестрированной грыжи диска 5 поясничного позвонка произведенасеквестрэктомия и нуклеотомия по методике минимально инвазивной интерламинарнойфенестрации (METRx). На следующие сутки был выписан на амбулаторное лечение, а на 4- сутки самолетом прибыл домой.

28.10.2014 г. поступил на обследование в ЛДЦ Медгард по поводу опухолевидного образования в области операционного рубца. Была диагностирована и по данным МРТ подтверждена постоперационная подкожная ликворная киста размерами 5,0 х 3,0 х 4,0 см.

28.10.2014 г. была проведена операция - иссечение ликворной кисты с ушиванием краев мышечно-апоневротического дефекта, выписан с хорошим самочувствием.

В июле 2015 г. Л. принял на вытянутые руки тяжелый груз и почувствовал резкую боль в пояснице с прострелом по наружной поверхности правой ноги, лечился в амбулаторных условиях. 9.01.2016 г. на МРТ на уровне оперированного диска на фоне фиброзных изменений определялась фораминальная грыжа диска размером 10 мм с компрессией нервного корешка и дурального мешка, протрузия 4 диска с компрессией корешка.

27.01.2016 г. вновь поступил в клинику Медгарда, где 28.01-2016 г. была произведена операция - удаление секвестра диска между 4 и 5 поясничными позвонками, ревизия 4 поясничного корешка и удаление грыжи диска между 3 и 4 поясничными позвонками с благополучным результатом.

Выводы: данный случай свидетельствует о недостаточно радикальном первом вмешательстве при грыже диска, вследствие чего развился рецидив и потребовалась повторная операция.

Кроме того, на операции была повреждена твердая мозговая оболочка с формированием подкожной ликворной кисты, грозящей тяжелыми инфекционными осложнениями. Развитием осложнений могла способствовать также ранняя активизация пациента после первой операции.

В ЛДЦ Медгард у пациента были диагностированы и своевременно выполнены повторные оперативные вмешательства по удалению ликворной кисты и секвестров межпозвонковых дисков с последующим выздоровлением.

ЛАЗЕРНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ЛЕЧЕНИИ ГЕМОРРОЯ

В.А. Сергеев

Кафедра хирургических болезней

Московский медицинский университет «Реавиз»

Научный руководитель д.м.н., профессор ***А.В. Гейниц***

Введение. Многочисленность подходов к хирургическому лечению геморроя свидетельствует о проблеме выбора наиболее эффективного метода.

Цель исследования. Оценить эффективность применения современных лазерных технологий в лечении геморроя.

Материалы и методы. Работа основана на данных обследования и лечения 132 пациентов страдающих геморроем, находившихся в клинике г. Саратова в период с ноября 2012 по сентябрь 2014 гг. Среди обратившихся за медицинской помощью — 71 мужчина и 61 женщина в возрасте от 31 до 74 лет. Пациенты были разделены на 2 группы: основную (I) и контрольную (II). В группе II, состоявшей из 45 пациентов, геморроидэктомию (открытую и за-

крытую по методу Милигана-Моргана и операцию Паркса) выполняли традиционным способом с помощью скальпеля. В группе I, в которую были включены 87 больных, операции осуществляли с использованием ЛХА «Ланцет-1», «Ланцет-2» и «Аткус-15». При клинической оценке эффективности примененных способов лечения мы учитывали: особенности технического выполнения операции, интенсивность послеоперационного болевого синдрома, динамику течения раневого процесса и сроки заживления операционной раны, частоту развития и характер послеоперационных осложнений, также частоту случаев развития рецидива.

Результаты. Сроки заживления операционной раны у пациентов контрольной (II) группы составили 12±2 суток. Отдаленные результаты нам удалось проследить и оценить в этой группе у 27 обследованных больных. Хорошие результаты получены у 21 больного, при том в 78% у пациентов до 60 лет, а в 83,3% - у пациентов старшего возраста. Удовлетворительные результаты были у 2 пациентов (9,5%) в возрасте до 60 лет. Неудовлетворительные — у 3 пациентов (14,8%) в возрасте до 60 лет, более 60 лет у 1 пациента (16,7%). Отдаленные результаты были оценены у 54 обследованных больных. Хорошие результаты получены у 49 больных, при этом у пациентов в возрасте до 60 лет в 93,2%, более 60 лет в 80%. Удовлетворительные в 4,5% наблюдений больных до 60 лет и в 10% у пациентов более 60 лет, а неудовлетворительные (рецидив) — в 2,3% и 10% соответственно. Анализ ближайших и отдаленных результатов в основной (I) группе показал, что в группе больных, перенесших открытую лазерную геморроидэктомию по Миллигану-Моргану, хорошие и удовлетворительные результаты получены у 98%; при закрытой лазерной геморроидэктомии у 97% больных. При операции лазерной подслизистой геморроидэктомии у 95%, а при интерстициальной лазерной коагуляции геморроидальных узлов у 99% пациентов.

Выводы. Анализ результатов хирургического лечения пациентов двумя выбранными методами свидетельствует о несомненных преимуществах использования современных лазерных технологий. Они позволяют анатомично и прецизионно, не повреждая окружающие ткани, удалить геморроидальные узлы практически в условиях «сухого» операционного поля. Лазерные технологии оперирования способны существенно сократить сроки заживления операционной раны, снизить частоту развития послеоперационных осложнений, интенсивность и длительность болевого синдрома, а также частоту развития рецидивов заболевания.

РАНЕНИЕ СЕРДЦА В ЭКСТРЕННОЙ ХИРУРГИИ

А.В. Солдатенко
Саратовский медицинский университет «Реавиз»
Научный руководитель д.м.н., доцент ***С.В. Капралов***

Среди проникающих ранений груди ранения сердца и перикарда встречаются в 10-15% случаев. При ранениях сердца наблюдается высокая летальность, которая достигает 60%. При этом успешное хирургическое лечение пострадавших зависит от тяжести повреждения миокарда, величины гемоперикарда, скорости доставки больных в хирургический стационар, быстроты диагностики характера повреждения и организации экстренной операции.

В основу исследования положен анализ работы экстренного хирургического отделения клиники за 2008-2015 гг. Были проанализированы результаты лечения 25 больных с ранением сердца.

Все пострадавшие являлись лицами мужского пола в возрасте от 18 до 60 лет (в среднем 30 лет), половина из которых находилась в состоянии алкогольного опьянения. Так же были отмечены 4 попытки суицида.

Преобладали колото-резаные одиночные раны груди (23 наблюдения). В ходе трех операций была обнаружена сквозная рана сердца. У 6 пациентов ранения сердца сочетались с повреждениями легких, у двоих наблюдалось повреждение нижней полой вены, еще у двоих — внутренней грудной артерии.

Для диагностики ранения сердца применяли наряду с физикальным исследованием ЭКГ и рентгенографию груди. ЭКГ выполнено у 17 пациентов – при этом какая-либо патология выявлена лишь у троих. Рентгенографию производили всем поступившим, но признаки гемоперикарда отмечены лишь у 6 человек. В то же время у пострадавших с отсутствием повреждения сердца нередко отмечались ложноположительные результаты кардиографического и рентгеновского исследований. В двух наблюдениях гемоперикард был диагностирован при рутинном УЗИ. У остальных больных повреждение перикарда с его тампонадой было обнаружено в ходе первичной хирургической обработки раны.

Летальность при ранениях сердца составила 56 % - умерло 14 человек.

Выводы. Диагностику ранения сердца может существенно улучшить рутинное ультразвуковое исследование. Первичная хирургическая обработка раны груди является этапом диагностики раны сердца. Своевременная диагностика повреждений сердца позволит быстрее ставить показания к экстренной торакотомии, организовывать операцию, что улучшит непосредственные результаты лечения.

ЛАЗЕРНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ЛЕЧЕНИИ ДЕСТРУКТИВНОГО ПАНКРЕАТИТА

К.В. Старков

Кафедра хирургических болезней

Московский медицинский университет «Реавиз»

Научный руководитель д.м.н.,профессор ***А.В. Гейниц***

Введение. Острый деструктивный панкреатит (ОДП) является одной из наиболее сложных проблем современной абдоминальной хирургии, а актуальность разработок новых подходов к его лечению обусловлена значительным ростом заболеваемости, увеличением частоты развития осложнений и высокой летальностью.

Цель исследования. Оценить эффективность применения лазерных технологий в лечении деструктивного панкреатита.

Материалы и методы. Обследовано 173 пациента с ОДП в возрасте от 16 до 89 лет. При этом 119 (47,2%) больных страдали стерильным панкреонекрозом и у 54 (21,4%) пациентов выявлен инфицированный панкреонекроз. В контрольную группу (n=88) были включены больные, которым проводили стандартную комплексную терапию. У пациентов основной группы (n=85) с первых суток, комплексное базовое лечение дополняли сеансами низкоинтенсивной лазерной терапии (отечественные аппараты Мустанг-2000 и Мулат-ВЛОК) и антиоксидантным препаратом Мексидол (5%-4,0 в/м в сутки) по разработанной методике.

Оценку тяжести состояния пациентов в момент госпитализации мы проводили по шкале APACHEII. Проведен мониторинг имунного статуса у 57 больных с различными формами острого панкреатита, из которых 32 получали курс сеансов низкоинтенсивной лазерной терапии в сочетании с антиоксидантной.

Результаты. Исследования иммунного статуса показали, что при ОДП исходно высокий уровень концентрации иммуноглобулинов после сеансов лазерной терапии имел тенденцию к снижению. У всех оперированных пациентов было отмечено гладкое послеоперационное течение, рецидива в отдаленные сроки не было.

Выводы. Использованная схема лечения ОДП с применением НИЛИ и малоинвазивных и эндоскопических вмешательств позволяют в 67,7% случаев предотвратить инфицирование очагов деструкции, тем самым снижая количество койко-дней в 1,5 раза, что имеет важное социально-экономическое значение.

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЭТАЖНОЙ ГЕРНИОПЛАСТИКИ ПРИ БОЛЬШИХ И ГИГАНТСКИХ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖАХ

С.А. Столяров, З.В. Ковалева, А.П. Бабаев

Медицинский университет «Реавиз»

ГБУЗ ГКБ№1 им. Н.И. Пирогова

Послеоперационные грыжи больших размеров являются актуальной проблемой современной герниологии из-за большого числа послеоперационных осложнений, высокой частоты рецидивов и отсутствия отработанной хирургической тактики. Частота развития осложнений после грыжесечения по поводу больших и гигантских послеоперационных вентральных грыж передней брюшной стенки по литературным данным колеблется от 20,9% до 67%. При развитии гнойно-воспалительного осложнения, как в раннем, так и в отдаленном послеоперационном периоде риск развития рецидива послеоперационной вентральной грыжи резко возрастает и практически не зависит от вида осложнения. В современных научных руководствах и публикациях отдаленные результаты рассматриваются, как правило, по наличию или отсутствию рецидива грыжи, не учитывая особенностей течения отдаленного послеоперационного периода.

Цель. Улучшение результатов хирургического лечения у пациентов с большими и гигантскими послеоперационными и первичными вентральными грыжами путем анализа и предупреждения осложнений раннего и позднего послеоперационного периода.

Задачи.

1. Повести сравнительный анализ течения отдаленного послеоперационного периода у пациентов после комбинированного и этажного способов пластики передней брюшной стенки.
2. Определить показания к выполнению этажного способа пластики передней брюшной стенки.
3. Разработать методы профилактики послеоперационных осложнений.

Материалы и методы. Проведен анализ лечения 85 пациентов с послеоперационными вентральными грыжами больших и гигантских размеров. Мужчин было -18, женщин - 67. Грыжи размером MW3R0-1 были у 62 больных, MW4R0-1 у 23 больных. При закрытии грыжевых ворот у 51 пациента был применен комбинированный протезирующий способ герниопластики, предложенный В.И. Белоконевым с соавт. (2005), у 34 больных - усовершенствованный способ этажной протезирующей герниопластики (патент №2546927 от 5.03.13 г.). В отличие от комбинированных протезирующих способов герниопластики, предложенных В.И. Белоконевым с соавт. (2005), при выполнении доступа к грыжевому мешку не проводится широкая мобилизация кожно-подкожного лоскута от апоневроза передних стенок влагалищ прямых мышц живота. Для закрытия дефекта в брюшной стенке на расстоянии 1,5

см от грыжевых ворот и белой линии живота рассекаются передние листки влагалищ прямых мышц живота. Затем медиальные лоскуты апоневроза в верхнем и нижнем полюсах сшиваются между собой путем развертывания их на 180 градусов до появления натяжения нитей. После чего в дефект по всему периметру между медиальными лоскутами вшивается первый протез, используя нити викрил или ПГА 2.0. Сверху первого протеза укладывается второй протез, который также по всему периметру подшивается к наружным (латеральным) лоскутам апоневроза влагалищ прямых мышц живота. Затем верхний и нижний протезы сшиваются между собой непрерывным швом по линии фиксации нижнего протеза к медиальным листкам влагалища прямых мышц живота.

Результаты и их обсуждение. Изучены ближайшие и отдаленные результаты лечения больных с вентальными грыжами в сроки до 5 лет. В ближайшем послеоперационном периоде у первой группы больных осложнения возникли у 6 (11,8%), из них у 2 были серомы, у 2 - асептический и у 2 - инфицированный инфаркт подкожной клетчатки. У пациентов 2 группы осложнения возникли у 4 (11,8%) больных, из них у 2 развился асептический и у 2 - инфицированный инфаркт подкожной клетчатки. Больные с некрозом подкожной клетчатки были оперированы повторно спустя 10 дней после первой операции. Ни в одном из наблюдений связи осложнения с наличием протеза в ране не было. К этим срокам протез был погружен в ткани. Изменения были только в подкожной клетчатке, где формировались гранулемы, являющиеся стенками полости, содержащей серозно-геморрагический экссудат (асептический инфаркт) или гнойно-фибринозный экссудат (инфицированный инфаркт). При повторных операциях проводилось удаление экссудата и иссечение глубоких слоев измененной подкожно-жировой клетчатки вместе с поверхностной фасцией до участков здоровых тканей. В отдаленные сроки рецидивов заболевания не выявлено.

Выводы.

1. При больших и гигантских вентральных грыжах показано выполнение протезирующих комбинированных способов пластики.

2. Учитывая отсутствие рецидивов в обеих группах больных и одинаковый процент ранних осложнений (11,8%), вопрос о выборе метода пластики должен решаться индивидуально для каждого больного.

3. Для профилактики осложнений послеоперационного периода необходимо скрупулезное выполнение всех этапов герниопластики, бактериологический контроль отделяемого из раны и УЗИ исследование передней брюшной стенки перед выпиской пациента.

L – ЛИЗИН ЭСЦИНАТ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ ВИДЕОМИКРОДИСКЭКТОМИИ

Ф.А. Турсунов

Кафедра клинической медицины

Медицинский университет «Реавиз»

Научные руководители: Заслуженный врач РФ, академик АМТН, профессор ***В.С. Попов****, заведующий стационаром ЛДК «Медгард»* ***Е.Г. Лисин****, хирург ЛДК «Медгард»* ***А.В. Рыжков***

L- лизин эсцинат является в настоящее время единственным парентеральным ангиопротектором с прямым противоотечным действием с доказанной эффективностью.

Применяется для лечения и профилактики отеков головного и спинного мозга, мягких тканей, нарушений периферического венозного кровообращения с отеками. В целом является своеобразной скорой помощью при отеках различного происхождения.

Действие препарата заключается в уменьшении сосудисто-тканевой проницаемости, оказании выраженного венотонизирующего и анальгезирующего эффекта и, таким образом, является препаратом выбора при сосудистом поражении спинного мозга и послеоперационных отеках мягких тканей.

Проведен анализ 126 больных, которым были выполнены видеомикродискэктомии в ЛДК Медгард по поводу грыж межпозвонковых дисков. Возраст больных был от 36 до 68 лет. Из них грыжи 5 диска были у 46 пациентов, 4 - го диска – у 42, 4-го и 5-го - у 38 пациентов.

Показаниями к операции явились стойкий корешковый болевой синдром, отсутствие эффекта от ранее проводимой консервативной терапии, данные МРТ и КТ, указывающие на наличие выпячивания грыж дисков в позвоночный канал размерами от 6 до 12 мм.

В послеоперационном периоде все больные получали антибиотики, анальгетики,сосудорасширяющие препараты, краткий курс гормонотерапии, седативные препараты. Из них 7 дополнительно получали L-лизин эсцинат в дозе 5 мл, разведенным на 100 мл 0,9% раствора натрия хлорида внутривенно дважды в сутки. Остальные 119 пациентов составляли контрольную группу.

После применения L – лизина эсцината клинически у больных отмечалось уменьшение болевого синдрома по сравнении с контрольной группой, значительное восстановление силы в ногах, быстрый регресс неврологических нарушений, хорошее заживление послеоперационных ран без отечности их краев, что позволило сократить время пребывания в стационаре у некоторых пациентов.

Таким образом, L – лизин эсцинат показан при оперативных вмешательствах на межпозвонковых дисках.

ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ИЗУЧЕНИЕ ПАТОЛОГИИ МИКРОЦИРКУЛЯЦИИ ПРИ ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

И.О. Федосеенко

Саратовский медицинский университет «Реавиз»

Научный руководитель д.м.н., доцент ***С.В. Капралов***

Одним из перспективных методов изучения микроциркуляции является лазерная доплеровская флоуметрия (ЛДФ).

Цель исследования: изучение патологии микроциркуляции кишечной стенки при моделировании острой кишечной непроходимости (ОКН) в эксперименте.

Материал и методы. Проведено исследование на 36 лабораторных крысах. Животным под наркозом выполняли лапаротомию и моделировали ОКН, перевязывая сигмовидную кишку лигатурой. Для изучения микроциркуляции применяли контактную ЛДФ. Использовали флоуметр ЛАКК-01. Оценивали показатели: первый спектральный момент (М1), характеризующий перфузию тканей; амплитудно-частотные индексы AmaxCF1/AmaxLF, характеризующий миогенную модуляцию вазомоторов и AmaxHF1/AmaxLF, характеризующий нейрогенную модуляцию кровотока. Исследовали микроциркуляцию кишечной стенки сразу после лапаротомии и через 30 минут после моделирования ОКН. Для мониторинга патологии микроциркуляции на 5-е сутки выполняли релапаротомию. В ее ходе устраняли ОКН снятием лигатуры. Вторую релапаротомию выполняли через сутки после первой. В ее ходе оценивали восстановление показателей микроциркуляции.

Результаты исследования. Сразу после моделирования ОКН наблюдалась значимая депрессия микроциркуляции, более выраженная в толстой кишке. Показатель М1 снижался на 20% от исходного. Наблюдалось значимое усиление амплитудно-частотной модуляции кровотока. При первой релапаротомии наблюдалось выраженное угнетение микроциркуляции во всех отделах кишечника. Показатель перфузии снижался на 90%. Снижались и амплитудно-частотные характеристики кровотока. В шести экспериментах наблюдали некроз участков толстой кишки, который характеризовался «биологическим нулем» микроциркуляции. При второй релапаротомии полное восстановление перфузии отмечено лишь у одного животного. В 2-х наблюдениях отмечали некроз толстой кишки. У оставшихся 27 животных перфузия составила 50% от исходной.

Заключение. В результате проведенных исследований показана возможность оценки микроциркуляции при ОКН методом ЛДФ. Выявлена прогрессирующая депрессия микроциркуляции вплоть до развития некроза кишечной стенки. Обнаружен «биологический ноль» микроциркуляции в участках некроза кишечной стенки. Установлено, что восстановление пока-

зателей перфузии, регистрируемое на ЛДФ после устранения ОКН, можно использовать в качестве прогноза жизнеспособности кишечной стенки для определения объема операции.

АНТЕГРАДНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ХОЛЕДОХОЛИТИАЗА, ОСЛОЖНЕННОГО СИНДРОМОМ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХИ

Ф.А. Хадыров, С.С. Аникина

Московский медицинский университет «Реавиз»

Научные руководители: к.м.н. ***Д.Р. Зинатулин, А.С. Куприянова***

Введение. Холедохолитиаз- наиболее часто встречающаяся доброкачественное заболевание гепатопанкреатобилиарной зоны, осложнением которой является синдром механической желтухи. Традиционное ретроградное эндоскопическое вмешательство в лечении холедохолитиаза технически невыполнимо у больных с определенной сопутствующей патологией (резекцией желудка по Бильрот-2 либо по Ру в анамнезе, при наличии парапапиллярных дивертикулов больших размеров, при стриктурах дистального отдела холедохаи.т.д.). Для лечения данной группы больных на данном этапе оптимальным является антеградное вмешательство.

Цели: Улучшить результаты лечения больных холедохолитиазом методами миниинвазивнойрентгенинтервенционной хирургии, снизить травматичность операции.

Материалы и методы: В ГБУЗ ГКБ № 5 ДЗМ г. Москвы проводилось антеградное лечение холедохолитиаза, осложненного синдромом механической желтухи, больным при невозможности выполнения ретроградного эндоскопического вмешательства. Больные были разделены на 2 группы: 1) с билирубинемией до 100 мкмоль/л, 2) свыше 100мкмоль/л. Второй группе первым этапом выполнялась наружнаячрезкожнаячрезпеченочнаяхолангиостомия для купирования гипербилирубинемии. Далее обеим группам выполнялась баллоннаяпапиллодилятация баллоном 40 х 10 мм при давлении 4 атм. Конкременты до 10 мм при помощи корзинки Дормиа низводились в просвет 12 перстной кишки, а конкременты диаметром более 10 мм подвергались механической литотрипсии с последующим низведением. Вмешательства заканчивались наружнойхолангиостомией для лучевого контроля пассажа по желчным протокам. При восстановлении пассажа желчи холангиостома удалялась.

Выводы: Антеграднаяхоледохолитотрипсия и низведение конкрементов в просвет 12 перстной кишки является достойной альтернативой традиционным методам лечения больных холедохолитиазом, которым невозможно выполнить ретроградное эндоскопическое вмешательство. Данная методика применима к больным с тяжелой сопутствующей патологией и с большим операционным риском.

ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕПАРАТА ТРАУМЕЛЬ С В ЛЕЧЕНИИ ОСЛОЖНЕНИЙ ОПЕРАЦИОННЫХ РАН ПОСЛЕ АППЕНДЭКТОМИИ

Е.О. Шарновская

Кафедра морфологии и патологии

Медицинский университет «Реавиз»

Научный руководитель к.м.н., доцент ***А.А. Супильников***

По статистике острое воспаление аппендицита развивается у 4-5 человек на одну тысячу населения, в основном, у молодых людей в возрасте до 40 лет, причем женщины страдают от кишечной патологии в 2 раза чаще, чем мужчины.

Основная трудность в послеоперационном лечении после аппендэктомии - это осложнения операционных ран (нагноение раны, эвентрация, серома, инфильтрат, лигатурный свищ), со стороны брюшной полости (перитонит вследствие запущенного острого аппендицита на догоспитальном этапе лечения больного или возникший в результате несостоятельности швов культи червеобразного отростка, абсцессы и гнойники брюшной полости (чаще вследствие общего перитонита), кишечные свищи, кровотечения, которые возможны как в зоне послеоперационной раны — подкожные, межмышечные, так и в брюшную полость), острая послеоперационная кишечная непроходимость; осложнения со стороны других органов и систем: дыхательной, сердечно-сосудистой, мочевыделительной и др.

Согласно теории гомотоксикозов (возникновение и развитие во времени любых заболеваний), выраженной органо-тканевой деструкции всегда предшествует довольно длительный период клинически «немых», во многом неспецифических и трудно во время диагностируемых изменений матрикса. Более того, установленный морфологический феномен в проявлениях хронической интоксикации матрикса, названный как неврогенное воспаление, позволяет рассматривать терапевтические воздействия на структуры внеклеточного пространства как ключевое направление в программах антигомотоксической терапии как острых, так и хронических воспалительных процессов. По-видимому, для формирования эффективных алгоритмов антигомотоксической терапии острых воспалительных процессов различной локализации следует учитывать не только степень нарушений матрикса, но и их масштабы, которые в хронических случаях значительно «шире» и переходят из разряда строго органо-региональных в разряд межорганных и межсистемных. В связи с этим следует отметить, что в биологической медицине матриксу отводится роль места, где происходит обмен информацией в рамках функционирования единой психо-иммуно- нейро-эндокринной системы. Следовательно, адекватное воздействие на межклеточное пространство во многом может оптимизировать состояние иммунологической реактивности пациента, от которой в значительной степени зависит характер течения воспалительной процесса.

При этом иммунокорригирующий эффект от комплексных антигомотоксических средств, известный как вспомогательная иммунологическая реакция, сам по себе является крайне интересным механизмом цитокиновой регуляции провоспалительной ситуации в организме на стадии формирования стойких дегенеративных заболеваний. Данный механизм действия комплексных антигомотоксических средств способен блокировать паракринные и аутокринные пути распространения воспалительного процесса при прогредиентном характере его течения.

В последние годы появились многочисленные исследования, в которых рекомендуется использовать антигомотоксические лекарственные средства после хирургических вмешательств. Так, препарат траумель С оказывает противовоспалительное, анальгезирующее, противоэкссудативное, иммуномодулирующее и репаративным действие. Действие препарата основано на активации защитных сил организма и нормализации нарушенных функций за счет веществ растительного и минерального происхождения, которые входят в состав препарата. Механизм действия препарата траумель С заключается в способности запускать иммунологический каскад реакций путем активирования клона Th3-лимфоцитов. Благодаря этому происходит восстановление нормального соотношения между провоспалительными и противовоспалительными цитокинами в зоне воспаления и уменьшение классических симптомов воспалительной реакции.

Нами проведен анализ медицинских карт 325 пациентов в возрасте от 12 до 49 лет (Самара - 12, Москва - 45, Новосибирск -50, Петербург – 30, Германия - 54, Англия – 50, Израиль - 46, США - 38), перенесших аппендэктомию после острого воспаления аппендицита, которые в послеоперационном лечении, как стационарном, так и амбулаторном, принимали траумель С в виде капель, в/м инъекций, мази, геля. Ни у одного из пациентов не развилось послеоперационных осложнений, оценка терапевтической эффективности «хорошо» и «отлично» была получена у всех пациентов. Более того, пациенты, имеющие заболевания опорно-двигательного аппарата, сердечно-сосудистой системы, отметили значительное улучшение общего самочувствия (нормализация АД, уменьшение-исчезновение болей в позвоночнике, коленных суставах и т.д.). В тоже время 578 пациентов с аналогичным диагнозом, оперирующихся у тех же хирургов либо в других клиниках, но не применявших в послеоперационном лечении данный препарат, имели послеоперационные осложнения (нагноение раны - 140, инфильтрат -145, лигатурный свищ - 12, перетонит - 13, кровотечения - 45, осложнения со стороны дыхательной, сердечно-сосудистой, мочевыделительной, ЖКТ -118).

В целом, следует признать, что «противовоспалительные» возможности траумеля и других комплексных антигомотоксических препаратов весьма многогранны и полное воплощение их на практике, как правило, строится в соответствии с тремя основными столпами антигомотоксической терапии –

протоколами дезинтоксикации и дренажа, алгоритмами иммуномодуляции и стратегией регуляции функционального состояния органов, тканей и отдельных клеток. Как показали последние исследования, данный класс препаратов не только способен, причем дозозависимо, регулировать уровень основных ферментов в цикле метаболизма арахидоновой кислоты, играющих ведущую роль в запуске воспалительных процессов в организме, но и обеспечивает при этом определенную устойчивость достигнутого противовоспалительного эффекта посредством подавления активности фактора ядерной транскрипции каппа В (NFkB).

Не вызывает сомнения, что обоснованная с позиций доказательной медицины антигомотоксическая фармакотерапия открывает новые возможности в терапии различных воспалительных заболеваний, предоставляя врачу и, естественно, пациенту алгоритмы индивидуально ориентированных холистических программ управления процессом воспаления.

Используемая литература

Д.м.н. С. Попат (Германия) «Траумель. Развитие гомеопатического метода в современной медицине»

Д.м.н., профессор А.А Марьяновский «Гомотоксикоз и рациональная тактика противовоспалительной антигомотоксической терапии»

http://www.neboleem.net/traumel.php

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ КЕРАТОЗОВ КОЖИ

Д.О. Шах-Гусейнова

Московский медицинский университет «Реавиз»

Научный руководитель профессор ***А.В. Гейниц***

Цель работы: Оценить возможности не инвазивной диагностики и эффективность применения лазерного излучения при лечении кератозов кожи.

Материал и методы:

В данное исследование включены выявленные случаи кератозов кожи у 130 пациентов в возрасте от 29 до 77 лет,обратившихся в амбулаторное отделение в 2013-2015 годах с жалобами на наличие новообразований кожи различной локализации. Из них у 98 пациентов выявлен себорейный кератоз кожи, у 32 пациентов-актинический.

Всего проведено исследование и лечение 130 пациентов, из которых 41 мужчина и 89 женщин. В исследовании применен алгоритм предоперационной неинвазивной диагностики очагов кератоза кожи, включающий в себя клинический осмотр пациентов, дерматоскопию, меланометрию, оптическую и когерентную томографию и микроволновую радиотермометрию, с целью

определения горизонтальных и вертикальных размеров очага и исключения малигнизации. Изучена эффективность методик лечения кератозов кожи с помощью лазерного излучения различных длин волн. Оценены режимы лазерного излучения с учетов локализации и характера очага кератоза,сочетающего в себе радикальность и минимальную инвазивность, обеспечивающие снижение частоты рецидивирования и маскимальный косметический эффект после операции.

Результаты. Проведение комплексной предоперационной диагностики, включающей в себя дерматоскопию,мелонометрию,оптическую когерентную томографию и микроволновую тормометрию,позволяет определить тип образования ,оценить его горизонталыьне и вертикальные размеры,а также исключить наличие инвазивного роста в области очага. Уровень пигментации в очагах кератозов кожи при мелонометрическом исследовании варьировал от 43 до 100%.Наиболее часто отмечался уровень пигментации от 76до 85%-в 45% случаев(386 обследованных очагов кератоза). Уровень пигментации более 70 % является абсолютным показанием к оперативному удалению очага кератоза. При проведении оптической когерентной томографии очагов кератоза случаев инвазивного роста в области очага выявлено не было. При проведении микроволновой радиотермометрии очагов кератоза кожи температурной ассиметрии не выявлялось-в 100% случаев было получено термонегативное заключение. Метод хирургического лечения заключался в удалении очага кератоза путем послойной вапоризации при помощи высокоэнергетического лазерного излучения с минимальным повреждением окружающих тканей. Отмечена эффективность данного метода при удалении очагов кератоза в труднодоступных областях, таких как ушная раковина и периорбитальная зона, превосходящие возможности других хирургических установок (бесконтактность, управляемая глубина деструкции тканей, высокая точность). Заживление раны происходило без образования рубцовой ткани с частичной эпителизацией раны на 10 сутки у 34% больных, полной у 66% больных, и полной эпителизацией раны у 100% больных на 14 сутки. Все пациенты через 3 месяца после операции были полностью удовлетворены полученным косметическим результатом оперативного лечения.

В течение 6 месяцев послеоперационного наблюдения не выявлено ни одного случая рецидивирования.

Выводы: Таким образом, обобщая результаты проведенных исследований, необходимо отметить, что в связи с существующим риском злокачественной трансформации кератозов кожи, необходимо проводить полноценную и тщательную диагностику очагов. Что имеет ценность в своевременном выявлении базальноклеточного, плоскоклеточного рака кожи и мелономы, а так же их лечение, позволяющее достичь полного удаления очага в сочетании с хорошим косметическим эффектом.

Секция 8.
ПСИХОЛОГИЯ И ПЕДАГОГИКА ВЫСШЕЙ ШКОЛЫ

ВЛИЯНИЕ МИКРОНУТРИЕНТОВ С АНТИОКСИДАНТНОЙ АКТИВНОСТЬЮ НА КАНЦЕРОГЕНЕЗ

Е.А. Борисова, О. Калашникова
Кафедра фармации
Московский медицинский университет «Реавиз»
Научные руководители: профессор, д.м.н. ***А.В. Сергеев,***
к.м.н., доцент ***А.В. Погабало***

Введение: Частота заболевания раком пищевода варьирует в широких пределах. Так, в России очень высокие показатели заболеваемости с выраженной тенденцией к росту отмечены в ряде регионов Сибири и Дальнего Востока и среди некоторых этнических групп населения – каракалпаков, калмыков, якутов и др. В связи с этим представляется целесообразным проведение мероприятий по первичной лекарственной профилактике злокачественных новообразований данной локализации в указанных группах.

Цель исследования. Изучение влияния витаминного комплекса «Каскорутол» на возникновение опухолей пищевода, индуцированных у крыс N-метил-N-бензилнитрозамином (МБН).

Материалы и методы. Эксперимент проведен на 50 крысах-самцах линии Вистар с исходной массой 120–130 г. Для индукции опухолей пищевода крысам вводили МБН по описанной методике с питьевой водой в разовой дозе 0,5 мг/кг в 10% растворе этилового спирта в течение 8 недель. Животные были разделены на 2 группы. 25 крыс 1-й группы служили контролем, 25 крыс 2-й группы получали с кормом «Каскорутол» (ОАО «Холдинг ЭДАС») по 4 драже/кг массы тела. Антиканцерогенную активность оценивали по изменению числа животных с новообразованиями пищевода и индекса множественности. Цикл исследований проводился в лабораториях ГОУ ВПО СОГМА Росздрава, Владикавказ по комплексной программе.

Результаты. В контрольной группе новообразования пищевода развились у 100 % животных. «Каскорутол» приводил к снижению частоты возникновения новообразований до 56 %, индекса множественности в 2,1 раза по сравнению с контролем. Микроскопический анализ опухолевого материала выявил снижение степени малигнизации неопластических изменений в опытных группах по сравнению с контролем. Было также отмечено статистически достоверное повышение выживаемости животных при применении «Каскорутола» по сравнению с животными контрольной группы.

Выводы. Результаты эксперимента свидетельствуют о наличии у «Каско-

рутола» химиопрофилактической активности в отношении канцерогенеза пищевода, индуцированного МБН. Полученные данные позволяют рекомендовать клиническое изучение данной комбинации микронутриентов с целью их дальнейшего внедрения в практику в качестве средств профилактики рака пищевода.

НОВЫЙ КОМПЛЕКСНЫЙ ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЙ ПРЕПАРАТ «КQ-10 ПЛЮС»

А.Н. Ботнарь, А. Махмудов
Кафедра фармации
Московский медицинский университет «Реавиз»
Научные руководители: профессор, д.м.н. зав. лабораторией межклеточных взаимодействий ЭДиТО ФГБУ «РОНЦ им Н.Н. Блохина» РАМН ***И.Ж. Шубина,***
доцент, к.м.н. ***А.В. Погабало***

Введение: Антиканцерогенное и антимутагенное действие токоферилацетата (ТФА), ликопина (ЛП), линоленовой кислоты (ЛК) было достаточно убедительно продемонстрировано в ряде исследований лабораторий ВОНЦ и подтверждено целым рядом других исследователей. Коэнзим Q-10 (убихинон, КQ) является жирорастворимым хиноном, входит в состав митохондрий, участвует в процессе клеточного дыхания и обладает мощным антиоксидантным действием.

Цель исследования. Создание и медико-биологическая характеристика нового лечебно-профилактического препарата на основе КQ, ТФА, ЛП и ЛК.

Материалы и методы. Определение ликопина в препаратах проводили с помощью ВЭЖХ. Методы контроля включают в себя определение органолептических и физико-химических показателей (в том числе показатели подлинности – содержание КQ, ТФА, ЛП, ЛК, а также показатели безопасности: содержание токсических элементов, пестицидов, микотоксинов, радионуклидов, диоксинов, показателей окислительной способности и микробиологических характеристик). Проведены исследования по определению сохранности основных активных субстанций в процессе длительного хранения при различных температурных режимах.

Результаты. Разработана рецептура и технология изготовления лекарственной формы нового лечебно-профилактического препарата на основе КQ, ТФА, ЛП, ЛК в мягких желатиновых капсулах. Проведены все необходимые фармацевтические исследования, в том числе разработаны методы контроля качества препарата и методики определения активных субстанций. Разработана нормативно-техническая документация и осуществлен опытно-промышленный выпуск препарата. После получения соответствующего экспертного

заключения ФГГУ ФЦГ и Роспотребнадзора, осуществлен промышленный выпуск препарата «KQ-10 плюс», который производится фирмой ОАО «Холдинг «Эдас» и поставляется в аптечную сеть. В фармакологических исследованиях на мышах, крысах и кроликах доказано отсутствие у препарата токсических свойств. В опытах на мышах показано наличие у препарата антимутагенных и иммуномодулирующих свойств. Препарат значительно снижал проявления вторичного иммунодефицита у мышей, индуцированного противоопухолевымцитостатикомаранозой.

Выводы. Разработан новый лечебно-профилактический препарат «KQ-10 плюс», который является потенциальным средством для химиопрофилактики злокачественных новообразований.

РЕФРАКТОМЕТРИЧЕСКИЙ МЕТОД АНАЛИЗА ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ

В.В. Ванютина

Саратововское МАОУ «МБЛ»

Научные руководители: к.х.н., учитель химии ***Н.А. Иванова,***

учитель физики ***Т.Б. Лушкова***

Рефрактометрия - это совокупность методов физико-химического исследования жидкостей, твердых тел и растворов, основанных на измерении их показателя преломления.

В настоящее время рефрактометрия (лат. refractus - преломленный и греч. metreo - измеряю) широко распространена в производственных лабораториях химической, нефтехимической, фармацевтической, пищевой промышленности, в клинических и санитарно-химических лабораториях. Газовые интерференционные рефрактометры применяются для определения содержания горючих газов в воздухе шахт, поиска утечек в сетях газоснабжения.

Целью работы является определение качества лекарственных препаратов при помощи рефрактометрического метода в том числе для веществ с концентрацией менее 3%.

На границе раздела двух сред воздух- стекло измерен относительный показатель преломления стекла n21=1,47.

Исследовали явление полного отражения при переходе света из оптически более плотной среды в оптически менее плотную: из воды в воздух и из стекла в воздух. Для границы раздела стекло–воздух предельный угол полного внутреннего отражения равен $\alpha пр = 42°$, для границы вода–воздух $\alpha пр = 48,7°$.

В фармацевтическом анализе этот метод применялся для идентификации лекарственных веществ, установления их чистоты и количественного анализа.

Доказали, на примере муравьиной кислоты, что для концентрации меньше 3 % не рекомендуется использовать метод рефрактометрии.

АНТИКАНЦЕРОГЕННАЯ И ИММУНОМОДУЛИРУЮЩАЯ АКТИВНОСТЬ НОВЫХ ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ПРЕПАРАТОВ

С.Н. Гусаревич, Д. Спиридонов
Кафедра фармации
Московский медицинский университет «Реавиз»
Научные руководители: профессор, д.м.н. ***А.В. Сергеев,***
к.м.н., доцент ***А.В. Погабало***

Введение: Многочисленные эпидемиологические исследования убедительно продемонстрировали наличие обратной зависимости между количеством потребляемых с продуктами питания аскорбиновой кислоты (АК), альфа-токоферола (ТФ), ликопина (ЛП), бета-каротина (БК) и риском развития рака различных локализаций. В РОНЦ им. Н.Н.Блохина РАМН разработана серия лечебно-профилактических препаратов на основе перечисленных биологически активных веществ: «Бетаск» (БТ), «Каскатол» (КАС), «Каскорутол» (КАР), «Томатол» (ТОЛ).

Цель исследования: Изучение антиканцерогенной и иммуномодулирующей активности разработанных препаратов.

Материалы и методы: Препараты БТ, КАС, КАР получены от фирмы ЗАО «Холдинг-«ЭДАС», ТОЛ получен от фирмы ООО «Инвест». Разработка и создание препаратов проводилась в лаборатории нетоксичных иммуномодуляторов ЭДиТО ФГБУ «РОНЦ им Н.Н. Блохина» РАМН. Опухоли печени и пищевода индуцировали у крыс линии Вистар N-нитрозодиэтиламином, который добавляли к питьевой воде в концентрации 100 мг/л в течение 4 месяцев. Препараты давали крысам вместе с кормом ежедневно в дозе 0,4 г/ кг по БК в течение всего эксперимента. Продолжительность опыта составляла 38–46 недель. Иммуномодулирующую активность изучали по ранее описанным методикам.

Результаты: Все препараты при систематическом введении животным достоверно ингибировали на 20–45% химический канцерогенез как при использовании их в фазе инициации и промоции, так и при применении только на стадии промоции. Антиканцерогенная активность препаратов проявлялась в снижении частоты, множественности и темпов роста опухолей, в удлинении латентного периода их появления, замедлении малигнизации неопластических изменений. Индекс множественности (число опухолей на одну крысу) при использовании БТ, КАС и КАР снижался в 1,8-2,5 раза по сравнению с контролем. Средний латентный период появления опухолей в контроле со-

ставлял 94,2±21,8 дней, а при использовании БТ и КАС 130±21,2 и 142±29,5 дней. Антиканцерогенная активность препаратов проявлялась в зависимости от гистогенеза и органной локализации опухолей. БТ, КАС и КАР повышали в 2–4 раза функциональную активность цитолитических Т-лимфоцитов, натуральных киллеров и перитонеальных макрофагов как у интактных мышей, так и в условиях вторичного иммунодефицита, индуцированного у животных противоопухолевымцитостатикомаранозой или циклофосфаном. Были проведены наблюдения по оценке возможности использования разработанных препаратов в группах онкологического риска («злостные» курильщики, женщины с мастопатиями и др.). При длительном систематическом применении КАС, КАР или ТОЛ отмечено повышение уровня БК в плазме крови, улучшение показателей антиоксидантной системы и коррекция показателей иммунологического статуса.

Выводы: Проведенные исследования позволяют рассматривать разработанные лечебно-профилактические препараты в качестве потенциальных средств химиопрофилактики рака.

АНТИМУТАГЕННЫЕ ЭФФЕКТЫ КОМПЛЕКСНОГО ИММУНОМОДУЛЯТОРА «ЧАГАЛЮКС»

О.О. Доронина
Кафедра фармации
Московский медицинский университет «Реавиз»
Научный руководитель к.м.н., доцент ***А.В. Погабало***

Введение: Влияние неблагоприятных факторов внешней среды, накопление в организме потенциально опасных активных соединений повышает риск развития злокачественных новообразований. Одновременно, на фоне проводимой лучевой терапии и химиотерапии в клинике отмечаются побочные эффекты в виде интоксикации организма и возрастания риска мутаций генома. Разработанные комплексные профилактические и лечебные препараты позволяют уменьшить риск развития повреждений немалигнизированной клетки.

Цель: изучение антимутагенных свойств комплексного иммуномодулятора и средства химиопрофилактики «Чагалюкс».

Методы: исследования числа и характер хромосомных аберраций (ХА) клеток костного мозга проводили на половозрелых мышах-самцах линий СВА и С57Bl и крысах-самцах линии Vistar в экспериментальных моделях острой цитотоксической иммунодепрессии циклофосфаном (30-60 мкг/г) и радиационного поражения 60Co (LD50, 4,7Гр). «Чагалюкс» назначался перорально, курсом по 30 мкг/кг ежедневно, в течение трех недель. Имелись группы животных с профилактическим назначением препарата.

Результаты: улучшились показатели выживаемости, 65%-радиационное и 70%-цитотоксическое поражение в сравнении с контрольной группы. ХА при цитотоксическом повреждении чаще вызывали появление транслокаций и множественных разрывов хромосом, радиационное поражение приводило к выраженному метафазному поражению. Курсовой прием препарата уменьшал количество ХА на 35% и 27%. Профилактическое назначение препарата оказывало достоверное значительное уменьшение тяжелых повреждений хромосом (42% и 52%).

Выводы: Применение препарата «Чагалюкс» приводит к уменьшению хромосомных аберраций и снижает токсическое действие циклофосфана и радиационного поражения. Реализация антимутагенных эффектов происходит как за счет прямого антиоксидантного действия, так и вследствие активации нуклеарных протекторных систем.

СИНТЕЗ ЗОЛЕЙ СЕРЕБРА И ИЗУЧЕНИЕ ИХ СВОЙСТВ

И. А. Караганов, И. А. Давыдов
Кафедра естественнонаучных дисциплин
Медицинский институт «Реавиз»
Научный руководитель: к.х.н., доцент ***Е.В. Фесик***

Благодаря своим уникальным физическим и химическим свойствам, связанными с размерными эффектами наночастицы (НЧ) серебра привлекают особое внимание исследователей.

Широкое применение НЧ серебра связано, прежде всего, с их особенными свойствами (оптическими, каталитическими, антибактериальными) и может быть связано с их использованием для модификации топливных элементов, разработки электрохимических сенсоров и создании различных биомедицинских препаратов.

Размеры НЧ близки размерам большинства биологических макромолекул [1], а их высокая химическая активность, обусловленная большой удельной площадью поверхности и особенной структурой, превосходящей активность ионов [2].

Основным вопросом при получении дисперсных систем (ДС), состоящих из НЧ серебра, является возможность получения ДС с требуемой устойчивостью во времени и к действию факторов внешней среды. В связи с этим целью данной работы являлось изучение известных методик получения нанодисперсий серебра для выявления и оптимизации наилучших условий проведения синтеза и изучения влияния внешних факторов на характеристики полученных НЧ.

В настоящей работе химическим восстановлением из растворов AgNO3 получены растворы коллоидного серебра с использованием различных вос-

становителей (цитрат натрия, танин) по известным методикам. По данным оптических характеристик полученных золей серебра, размер частиц в разных растворах колеблются от 20 до 90 нм. Выявлена и показана стабильность золей в зависимости от выбранного восстановителя в течении 2-4 недель..

В работе получены золи серебра с использованием различных восстановителей, определены размеры полученных частиц, показана устойчивость растворов во времени.

Литература:

1. M.Singh, S. Singh, S. Prasad, I.S. Gambhir./ Digest Journal of Nanomaterials and Biostructures . – Vol 3, – №3, September 2008. – P 115–122.

2. J.B. Morones, J.L. Elechiguerra, A. Camacho, K.Holt, J.B. Kouri, J.T. Ramirez, M.J. Yacaman /Nanotechnology. – 2005. №16 . – P. 2346-2353.

АНАЛИЗ АССОРТИМЕНТА ПРЕПАРАТОВ КОМПАНИИ ЗАО «ЭВАЛАР» АПТЕКИ ООО «КАЛЕНДУЛА» Г.БАЛАШОВА

Т.Е. Каретина

Медицинский университет «Реавиз»

Научный руководитель к.фарм.н., доц. ***Ю.В. Романтеева***

Введение. За последние несколько лет наблюдается прогрессивное развитие рынка биологически активных добавок. Биологически активные добавки активно составляют конкуренцию лекарственным препаратам. Потребление БАД широко распространяется, зачастую воспринимаясь, как непременная составляющая здорового образа жизни. Биологически активные добавки располагают более широкими возможностями продвижения, чем готовые лекарственные средства. Большинство потребителей предпочитают продукцию отечественных производителей БАДов. Наиболее известным, крупным производителем и поставщиком на российский рынок, является компания ЗАО «Эвалар».

Цель исследования: Изучить ассортимент препаратов компании ЗАО «Эвалар» аптеки ООО «Календула» г.Балашова.

Материалы и методы: Объектом исследования послужил ассортимент препаратов компании ЗАО «Эвалар» аптеки ООО «Календула» г. Балашова.

Результаты. Проведено исследование фактического ассортимента препаратов компании ЗАО «Эвалар» в аптеке ООО «Календула» г.Балашова. Ассортимент компании составляет более 200 наименований лекарственных препаратов и биологически активных добавок различных форм выпуска: таблетки, капсулы, настойки, капли, водорастворимые напитки в саше, чаи в фильтр-пакетах, масла, косметические средства в тубах. Анализ ассортимента показал, что наибольшим спросом пользуются препараты – «Гинкоум»,

«Фитолакс», «Глицин Форте», «Пустырник Форте», «Черника-форте», «Атероклефит», «Овесол», «Гепатрин», «Гинкго билобаЭвалар», линия средств для снижения веса «Турбослим». Доля лекарственных средств в линейке «Эвалар» постоянно увеличивается за счет оригинальных препаратов с ярко выраженной клинической эффективностью. Важным направление работы компании, является перевод биологически активных добавок с доказанной клинической эффективностью в разряд лекарственных средств.

Выводы: Анализ ассортимента препаратов компании ЗАО «Эвалар» аптеки ООО «Календула» г.Балашова показал, что компания «Эвалар» является динамично развивающейся, набирающей с каждым годом темпы роста продаж своей продукции. В аптечном сегменте на продукцию компании «Эвалар» приходится более 23% всех аптечных продаж БАД. Все больше людей выбирают продукцию данной компании, за широкий ассортимент, приемлемые цены и большей осведомленности о тех или иных препаратах и показаниях к их применению.

ИЗМЕНЕНИЯ ПОКАЗАТЕЛЕЙ АНТИОКСИДАНТНЫХ СИСТЕМ ПОД ВЛИЯНИЕМ ИММУНОМОДУЛЯТОРОВ

А. Мартынова

Кафедра фармации

Московский медицинский университет «Реавиз»

Научный руководитель: к.м.н., доцент ***А.В. Погабало***

Введение. Изменение активности цитопротекторных систем под действием неблагоприятных токсических факторов внешней среды может запускать разнообразные патологические процессы в клетке, приводящие к развитию гипоксии, активации свободно-радикальных процессов и нарушениям работы транспортно-сигнальных молекулярных систем.

Цель: изучение динамики состояния антиоксидантных систем клетки под влиянием комплексного иммуномодулятора — химиопрофилактического средства «Чагалюкс».

Материалы и методы: «Чагалюкс» (препарат содержащий экстракт чаги, аскорбиновую и фолиевую кислоту с витаминами В1, В2, В6), обладает свойствами антиоксиданта и противоопухолевым действием. Препарат вводили перорально и внутрибрюшинно в дозах 15 и 30 мкг/г. Исследования проводили на половозрелых мышах-самцах линий BDF1 и C57Bl в экспериментальных моделях острой цитотоксической иммунодепрессии циклофосфаном и радиационного поражения 60Co (LD50). Исследовались показатели супероксиддисмутазы (СОД), каталазы (К), малоновогодегидроальдегида (МДА), глутатионредуктаза (ГР) и глутатионпероксидаза (ГП), содержание молекул средних масс (МСМ) по стандартным методикам. «Чаговит» животные по-

лучали курсом по 30 мкг/кг ежедневно, в течение трех недель. Исследования проводились на базе лабораторий ВОНЦ ЭДиТО и ЦНИЛ РНИМУ.

Результаты: улучшились показатели выживаемости: наблюдалось уменьшение до 75%-радиационного и 65%-цитотоксического поражение в отношении контрольной группы. Отмечалось снижение МСМ (40% и 35% от контроля), МДА на 78% и 72% соответственно и К до 46%. Повышались значения СОД на 50% и 47%, ГР (68% и 47%) и ГП (35% и 42%).

Выводы: применение препарата «Чагалюкс» приводит к активации систем внутриклеточной антиоксидантной защиты и снижает токсическое действие циклофосфана и радиационного поражения.

РОЛЬ СОЦИАЛЬНЫХ МЕДИА И НОВЫХ ФОРМАТОВ ИНДИВИДУАЛЬНЫХ КОММУНИКАЦИЙ В ПРОПАГАНДЕ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ

К.А. Миранян, Д.К.Омарова

Кафедра гуманитарных и социально-экономических дисциплин
Московский медицинский университет «Реавиз»
Научный руководитель к.м.н., ассистент ***О.В. Шумейко***

Введение. В статье представлены данные о здоровье человека, необходимости его поддержания и профилактики общественно значимых заболеваний. Целесообразность ведения здорового образа жизни является глобальной проблемой социума в современном мире. Профилактика заболеваний и формирование здорового образа жизни является одним из приоритетных направлений развития здравоохранения. Бурное развитие современных электронных форматов общественных и индивидуальных коммуникаций, «социальных медиа», диктует необходимость их более активного вовлечения в дело пропаганды здорового образа жизни и реализации программ общественного здоровья.

Цель исследования. Исходя из актуальности проблемы, целью исследования является концептуализация использования новых форматов индивидуальных коммуникаций «социальных медиа» в пропаганде здорового образа жизни и реализации программ общественного здоровья, а также обоснование их применения как инструмента формирования новой модели поведения по отношению к здоровому образу жизни в молодежной среде.

Материалы и методы исследования. Основной метод исследования – теоретическое исследование (теоретический анализ), основанное на данных научных статей, публикаций, тезисов докладов международных конференций и государственных программ, а также качественных и количественных данных исследования национального медиарынка.

Результаты. Актуализирована важность проблемы по поддержанию здоро-

вого образа жизни и профилактике общественно значимых заболеваний. Изучены основные направления и тенденции развития современных массовых коммуникаций. Обозначена важность развития программ общественного здоровья с использованием новых форм телекоммуникаций. Определена значимость «социальных медиа» как маркеров отношения целевых аудиторий к различным изменениям в общественной сфере, а также триггеров формирования интереса к социальным инновациям и трендам. Выявлено влияние новых форматов индивидуальных коммуникаций на формирование нового позитивного мировоззрения по отношению к здоровому образу жизни в молодежной среде.

Выводы. Новые социальные медиа могут являться действенным инструментом пропаганды здорового образа жизни и изменения модели поведения целевых групп. Технологии пропаганды здоровья посредством новых форматов индивидуальных коммуникаций позволят существенно повысить мотивацию молодежной аудитории к здоровому образу жизни.

УПРАВЛЕНИЕ КОНФЛИКТОМ В ФАРМОРГАНИЗАЦИИ

С.А. Неверова

Медицинский университет «Реавиз»

Научный руководитель к.э.н., доцент ***Г.В. Бельчикова***

Конфликт - это отсутствие согласия между двумя или более сторонами, лицами или группами.

Актуальность темы заключается в том, что конфликты могут присутствовать в любой сфере жизнедеятельности общества, а конфликт, пущенный на самотек, может привести к нежелательным последствиям, как для отдельного индивида, так и для организации.

Целью работы стало изучение имперического материала о сущности и видах конфликта, нахождение путей управления конфликтами применительно к фармацевтическим организациям.

Объектами исследования были связи и отношения между людьми, находящимися в конфликтной ситуации, а также пути разрешения конфликта как его участниками, так и руководителем организации.

Предметом исследования послужили конфликты в фармацевтических организациях между сотрудниками, а так же между руководителем и сотрудниками.

Гипотеза исследования заключалась в том, что для достижения целей исследования может использоваться ретроспективный метод, а также прогнозирование и моделирование.

Методологической основой исследования стали общенаучные и частные методы познания. Использовались диалектические, исторические, сравни-

тельные, системные, формально-логические, лингвистические, статистические, конкретно-социологические методы познания.

Теоретическая база исследования включала научные статьи по психологии, экономике, а также по социологии, истории и теории управления.

Вывод: Конфликт – это элемент жизнедеятельности человека. В фармацевтических организациях возможны конфликтные ситуации различных видов. Конфликт способствуют развитию, выходу организации на новый уровень. В процессе конфликтного взаимодействия его участники получают возможность выражать различные мнения, выявлять больше альтернатив при принятии решения, и именно в этом заключается ее важный позитивный смысл. К возникшему конфликту следует идти навстречу и разрешать его по существу. Наука и практика разработала множество приемов управления конфликтом, которые следует применять, как в отдельности, так и в совокупности. Конфликтом надо управлять.

БИОЛОГИЧЕСКИ АКТИВНЫЕ ДОБАВКИ К ПИЩЕ НА ОСНОВЕ КЛЮКВЫ В ТЕРАПИИ ИНФЕКЦИЙ МОЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ

К.С. Опарин, Т.М. Кусенок

Московский медицинский университет «Реавиз»

Научный руководитель д. м. н., профессор ***Н.В. Русакова***

Актуальность. Около 30 % женщин, которые ранее перенесли инфекцию мочевыводящих путей сталкивались с ее рецидивом.

Цель. Проанализировать значение лекарственного растительного сырья – клюквы и роль в профилактике рецидивов инфекций мочевыводящих путей.

Задачи. Изучить фармакологическое действие клюквы, проанализировать химический состав, рассмотреть БАДы растительного происхождения на фармацевтическом рынке.

Материалы и методы. Проведен поиск информационных источников в доступной литературе с использованием фармацевтических интернет-ресурсов.

Результаты. Клюква болотная (Oxycoccuspaluster L.), клюква четырехлепестковая (OxycoccusquadripetalusQilib.), клюква крупноплодная (Vaccinium-macrocarponAit.) и клюква мелкоплодная (OxycoccusmicrocarpusTurez.), растение из семейства брусничные (Vacciniaceae). Ягоды клюквы содержат гликозид вакцинин, флавоноиды, органические кислоты: лимонную (12,8%), бензойную, оксоглутаровую, хинную; сахара (глюкозу, фруктозу) от 3 до 6%, пектиновые и красящие вещества, витамины С (10—22 мг/%), К1 (филлохинон), азотистые и дубильные вещества, фитонциды, железо, марганец, йод, серебро, барий, свинец. Кроме того, они богаты калием и железом. Из специфических действующих веществ ягоды содержат гликозид вакцинин (6-бензоилглюкоза), тритерпеновые кислоты — урсоловую, олеаноловую.

Фармакологические свойства клюквы - противовоспалительное, жаропонижающее, антибактериальное, общеукрепляющее, ранозаживляющее. Ягоды клюквы усиливают действие антибиотиков и других лекарств при циститах, нефритах. Особое значение в применении ягод клюквы при инфекциях мочевыводящих путей имеет тот факт, что в сырье клюквы содержатся вещества – проантоцианиды типа А (ПАЦ), препятствующие прикреплению бактерий к клеткам уротелия, тем самым предупреждая возникновение инфекции и ингибируют прикрепление E. coli к слизистой мочевых путей.

На Российском рынке биологически активных добавок к пище широко представлены продукты переработки сырья клюквы. Рассмотрим их более подробнее.

Монурельпревицист, таблетки (Zambon, Италия), содержит 36 мг ПАЦ (проантоцианидин - полимерная цепь таких флавоноидов как катехин), принимается 1 таблетка 1 раз в день, минимум 1 месяц, для усиления эффекта антибактериальной терапии. Лечение ИМП (инфекций мочевыводящих путей) требует проведения антимикробной терапии, после окончания которой назначение Монурельпревицист с клюквой позволит поддержать здоровье мочевой системы женщины, а для профилактики развития рецидивирующих инфекций мочевых путей при неблагоприятных условиях также принимается 1 таблетка в день в течение всего неблагоприятного периода. При часто рецидивирующих циститах (более 3 эпизодов в год) принимается 1 таблетка в день в течение 15 дней каждого месяца в течение 3 месяцев.

Уропрофит, капсулы («В-Мин+» по заказу и под контролем «Экомир», Россия), содержит плодов клюквы 25 мг, принимается 1 капсула 2 раза в день, 1 месяц. Журавит, капсулы, (МеданаФарма, Польша) содержит экстракт плодов клюквы крупноплодной 220 мг, принимается первые 3 дня по 1 капсуле три раза в день, далее по 1 капсуле один раз в день, от 2 до 4 недель. Цистотранзит, раствор для приема внутрь (Эвалар, Россия), 20 мл (суточный прием) содержит плоды клюквы 200 мг, рекомендуется принимать взрослым и детям старше 14 лет по 5 мл (1 чайная ложка) 4 раза в день. Продолжительность приема — 10 дней. Нефростен клюква, капсулы (Эвалар, Россия), содержит экстракт клюквы 400 мг, принимать взрослым по 1 капсуле 1 раз в день во время еды. Продолжительность приема — 30 дней

Выводы. Биологически активные добавки к пище на основе клюквы достаточно широко представлены на фармацевтическом рынке в России. Необходимо более широкое применение БАД к пище, имеющих в своем составе ягоды клюквы, в комплексной терапии и профилактике заболеваний мочевыводящих путей, что позволит повысить эффективность терапии и предотвратить возможные рецидивы болезни.

МЕРЧЕНДАЙЗИНГ В АПТЕКЕ (на примере аптеки "Вита" № 769)

И.Н. Павлова

Медицинский университет «Реавиз»

Научный руководитель к.э.н., доцент ***Г.В. Бельчикова***

В настоящее время ведущей в управлении аптечным учреждением должна стать стратегия конкурентной рациональности, представляющая собой целенаправленные действия по поиску устойчивого преимущества перед конкурентами путем удовлетворения нужд потребителей. Одним из наиболее доступных средств, для достижения этих целей является применение аптеками элементов мерчендайзинга.

Основной принцип мерчендайзинга – все должно быть на виду, доступно, привлекательно и удобно для покупателя.

Актуальность: анализ числа аптек по отношению к количеству жителей показывает, что в Самарской области концентрация аптечных организаций достаточно велика. По данным 2015г. на одну аптечную точку в г. Самара приходится в среднем чуть более 1200 человек. Для сравнения, еще в 2007 г. этот показатель составлял 2603 человека, в 2004 г. — 3418 человек, а в 1992г.— около 10 тыс. человек на одну аптеку.

Целью работы стало исследование влияния мерчендайзинга на эффективную сбытовую деятельность аптечной организации и увеличение объема продаж.

Нами использовались следующие методы исследования: анкетирование, опрос, сравнительный анализ, обобщение.

Это позволило решить задачи исследования: изучить основные понятия, цели и задачи мерчендайзинга; изучить информационные и рекламные материалы, используемые в аптечных организациях; рассмотреть психологические аспекты общения фармацевтического работника и покупателя; изучить приемы мерчендайзинга, используемые в аптеках, проанализировать их влияние на сбытовую деятельность аптек.

Объектом исследования была аптека «Вита» №769.

Суть эксперимента заключалась в следующем:

- была изменена выкладка препаратов на профильной витрине - упаковки переместили в центр полки на уровне глаз и рук, также увеличили фейсинг до 3 упаковок по вертикали,
- было увеличено полочное пространство для определенных групп товаров,
- была сделана выкладка всей марки единым бренд-блоком.

Вывод: Внедрение элементов мерчендайзинга оказывает эффективное воздействие на лекарственное обеспечение населения и финансово-экономическую деятельность аптек.

ОРГАНИЗАЦИЯ УЧЕТА МЕДИКАМЕНТОВ И ПЕРЕВЯЗОЧНЫХ СРЕДСТВ В ГУЗ "ОБЛАСТНАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА" Г. САРАТОВА

Ю.А. Подгорнова

Саратовский медицинский университет «Реавиз»

Научный руководитель к.фарм.н, доцент ***Ю.В. Романтеева***

Введение. Медицинские учреждения, по роду своей деятельности, используют лекарственные препараты, перевязочные материалы и изделия медицинского назначения.

На основании Приказа Минздрава СССР от 2 июня 1987 г. № 747 была утверждена Инструкция по учету медикаментов, перевязочных средств и изделий медицинского назначения в лечебно-профилактических учреждениях здравоохранения.

Цель и задачи исследование. Изучить организацию учета медикаментов и перевязочных средств в ГУЗ "Областная клиническая больница" г.Саратова.

Методы данной работы. Метод бухгалтерского учета, прогнозирование потребности и формирование заявки, анализ стандартов медицинской помощи и фактического потребления, сравнительный анализ, метод наблюдения, системный подход.

Материалы. Действующие нормативно – правовые документы, регламентирующие обращения лекарственных средств; отчеты отделений ГУЗ «ОКБ» о движении ЛС; документация аптеки ГУЗ «ОКБ».

Результаты. В соответствии с приказом от 23 августа 2010г №706н «Об утверждении правил хранения лекарственных средств», эксплуатация и оборудование помещений для хранения лекарственных средств должны обеспечивать их сохранность. Лекарственные средства для хранения размещают в соответствии с требованиями нормативной документации, указанной на упаковке лекарственного препарата, с учетомфизико-химических свойств лекарственных средств;фармакологическихгрупп;способаприменения;агрегатного состояния фармацевтических субстанций.

Хранящиеся лекарственные средства должны быть идентифицированы с помощью стеллажной карты, содержащей информацию о хранящемся лекарственном средстве.

При использовании компьютерных технологий допускается идентификация при помощи кодов и электронных устройств.

Важным этапом планирования закупок является составление сводной заявки от ЛПУ. Составление сводной заявки осуществляется в три шага:

1)Ретроспективный анализ потребления лекарственных средств;

2)Систематизирование заявок из отделения;

3)Составление общей заявки на закупку лекарственных средств.

Когда все лоты сформированы, заявка выставляется на аукцион. Выбира-

ется компания, которая будет поставлять медицинские препараты, с компанией заключается договор, производится оплата товара. Товар доставляется в ЛПУ заведующий аптекой или ответственный за прием товара фармацевт осуществляет прием товара, оформляет документы и обеспечивает хранение в аптеке. Полученные счета заведующий аптекой регистрирует в Книге регистрации счетов, поступивших в аптеку.

В каждом отделение старшая медицинская сестра один раз в неделю составляет требование в аптеку и относит его. Согласно этих требований в аптеке комплектуется товар, старшая медицинская сестра получает лекарственные препараты и перевязочный материал, расписывается в требовании-накладной. На перевязочный материал – бинты указывают для каких целей их будут использовать. А на препарат «Клексан» записывают в журнал учета фамилии пациентов, которые будут его получать.

Выводы. Для эффективного управления запасами ЛС в аптеке, устанавливается определенное количество гарантированного запаса медикаментов, с целью обеспечения снабжения ими на случай непредвиденных обстоятельств.

Помещения и оборудования аптеки содержатся в соответствии с правилами санитарного режима (Приказ МЗ РФ N 309 от 21.10.97 "Об утверждении инструкции по санитарному режиму аптечных организаций") в чистоте и надлежащем порядке;

В аптеке соблюдены основные требования, предъявляемые к санитарному режиму аптечного производства и личной гигиене работников (Приказ Минздрава России от 21.10.1997 г № 309 «Об утверждении инструкции по санитарному режиму аптечных организаций (аптек)»;

Требования к помещениям хранения, организации хранения различных групп лекарственных средств и изделий медицинского назначения соблюдены в соответствии с приказом Минздравсоцразвития России от 23 августа 2010 г N 706н «Об утверждении правил хранения лекарственных средств»;

ИМПОРТОЗАМЕЩЕНИЕ НА ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОМ РЫНКЕ. ПЕРЕХОД К ДОСТОЙНОЙ АЛЬТЕРНАТИВЕ

А.М. Романова

Московский медицинский университет «Реавиз»

Научный руководитель к.ф.н., доцент ***О.И. Слюсар***

Введение.В связи с событиями,произошедшими за 2015 год, определяющим вектором развития фармацевтического рынка,который во многом определяется государством,является не только процесс импортозамещения лекарственных препаратов,но и удовлетворение потребности населения в доступных,качественных и эффективных препаратах. Цели и задачи.Обзор оп-

тового и розничного сегментов фармрынка с целью выявления наиболее оптимальных вариантов отечественных компаний-производителей. Материалы и методы.Сводные материалы из сети Интернет, обзор 44-ФЗ,223-ФЗ,ПП РФ от 30.11.2015г. №1289, наблюдения,возникающие в процессе рабочей деятельности. Результаты.На развитие фармрынка существенное влияние оказывает изменяющееся законодательство.В настоящее время участники рынка уже осведомлены о законодательных изменениях,направленных на уменьшение доли импортных ЛП на российском рынке и поддержку отечественных производителей(в частности, в оптовом секторе - это ПП РФ от 30.11.2015г. №1289 «Об ограничениях и условиях допуска происходящих из иностранных государств ЛП, включенных в перечень ЖВНЛП, для целей осуществления закупок для обеспечения государственных и муниципальных нужд»). Законодательные инициативы связаны как с ужесточением доступа зарубежных ЛП на российский рынок, так и с поддержкой отечественного производителя. При этом участники фармрынка отмечают, что некоторые механизмы гос.регулированияфармотрасли, например, система регулирования гос.закупок и защита интеллектуальной собственности,нуждаются в совершенствовании, поскольку отечественные производители не готовы к резкому наплыву объемов производства, а также требуется время для получения утвержденных постановлениями и поправками документов на выпускаемые препараты.В целом можно говорить о высокой скорости происходящих законодательных изменений в фарм.отрасли.В розничном сегменте рынка, также прослеживается желание покупателей сэкономить, приходя в аптеку. Чаще звучат вопросы о стоимости препаратов и их замене на более дешевые аналоги.Считается, что для обеспечения максимальной эффективности лечения, пациент должен на всех его этапах получать полную информацию о всех торговых наименованиях лекарства, которые возможны к применению в рамках назначенного ему международного непатентованного наименования(МНН) для выбора наиболее оптимального препарата с позиции цена-качество. Но не всегда пациент получает информацию о торговых наименованиях от врача, поэтому, приходя в аптеку, полагается на помощь специалиста, который зачастую является главным помощником пациента в получении эффективного лечения за разумные средства.Но в современном многообразии выбора в рамках одного МНН и присутствующих в аптеке торговых марок, не всегда оказывается просто предложить оптимальное решение покупателю.Из предложенных лекарств разных ценовых категорий, дорогой бренд может быть отвергнут покупателем по финансовым причинам, а дешевый препарат- вызывает сомнения в его качестве. Поэтому, оптимальным вариантом могут служить препараты Российских брендов, сочетающих в себе качество от надежного производителя и доступную стоимость,таких как Акрихин, ПАО «Фармстандарт», ЗАО «Канонфармапродакшн», ГК Биотэк и др.

Выводы.Благодаря расширению отечественных производств и выходу на рынок недорогих российских препаратов, в ближайший год доля зарубежной продукции на российском фармрынке в натуральном выражении снизится. Данный прогноз коррелируется с планами отечественных предприятий о расширении производства: большинство фармацевтических компаний России планирует в ближайший год вывести на российский рынок новые лекарственные препараты, многие фармкомпании также запланировали на ближайшие годы строительство нового производства на территории РФ. Это повлияет на увеличение объемов производства российских фармацевтических компаний и, как следствие, уменьшение доли импортной продукции на отечественном рынке в натуральном выражении.

АНАЛИЗ СПРОСА НА ПРОТИВОВИРУСНЫЕ ПРЕПАРАТЫ

Т.Г. Тимохина

Медицинский университет «Реавиз»

Научный руководитель к.э.н., доцент ***Г.В. Бельчикова***

В медицинской практике противовирусные препараты принимают достаточно широко. Противовирусными препаратами называют лекарственные средства, подавляющие жизнедеятельность микробов и вирусов, попавших в организм и вызвавших различные заболевания.

Целью данной работы стал анализ спроса на противовирусные препараты за период с 2011г. по 2014г. и проведение углубленного товароведческого анализа наиболее востребованных препаратов.

В задачи исследования вошли :1) более подробно рассмотреть и охарактеризовать ассортимент противовирусных препаратов; 2) разработать анкеты для опроса респондентов; 3) выбрать наиболее эффективный и современный препарат из этой группы; 4) провести анализ показателей ассортимента исследуемого препарата; 5) рассчитать среднюю оптовую и розничную цену препарата.

Объектами исследования стали: противовирусные лекарственные препараты, наиболее продаваемые в аптеках города.

Были использованы методы исследования:1) сравнительный анализ; 2) анализ с помощью Интернет-ресурсов; 3) анкетирование.

Практическая часть включала опрос посетителей, фармацевтов (провизоров) в 10 аптеках г.Самары в форме анкетирования. Для чего были разработаны, а затем и проанализированы анкеты.

Нами было сделано ранжирование противовирусных средств по занимаемым позициям на рынке (в баллах).

Выводы:

1. Разработаны анкеты для провизоров (фармацевтов) и потребителей.

2. Проанализирован ассортимент противовирусных препаратов аптеки г. Самары ООО «Панацея» с расчетом коэффициентов широты, глубины и полноты.

3. Проведен товароведческий анализ лекарственного препарата «Кагоцел» (как наиболее востребованного препарата): описан подробно его химический синтез, даны его наименования, расшифрованы коды по ОКП, ОКДП, АТС, МКБ – 10.

Секция 9.
ПРБЛЕМЫ ПЕДАГОГИКИ И ПСИХОЛОГИИ ВЫСШЕЙ ШКОЛЫ

ЛАТИНСКИЙ ЯЗЫК КАК МЕЖДУНАРОДНЫЙ ЯЗЫК НАУКИ

А.А. Габанукаева
Московский медицинский университет «Реавиз»
Научный руководитель ст. преп. ***Н.Э. Арутюнова***

Введение: Неотъемлемой частью при подготовке будущих специалистов является не только изучение и освоение базовых и клинических дисциплин, но и успешное использование медицинской терминологии. В связи с этим латинский язык является базовой дисциплиной для студентов-медиков.

Цель исследования: Выявить причины и установить исторические закономерности развития и применения латинского языка в обществе и в науке.

Результаты: Латинский язык претерпевал много изменений, проделал путь от античности до современной эпохи и не потерял актуальности и важности в ряде научных дисциплин, в том числе и в медицине.

Выводы: Знание элементов медицинской терминологии необходимо для взаимопонимания между специалистами, которые говорят на разных национальных языках. Ни одна из современных областей науки не пользуется в такой мере латинским языком как медицина. Латинские термины пишутся, произносятся по правилам латинской фонетики и орфографии, строятся с соблюдением правил латинского языка.

ЛЕКАРСТВЕННЫЕ ПРЕПАРАТЫ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ В АПТЕКЕ ООО ВИТА-К В Г. РТИЩЕВО

А.С. Дивеева
Саратовский медицинский университет «Реавиз»
Научный руководитель к. фарм. н., доц. ***Ю.В. Романтеева***

Введение. В последние десятилетия патологии желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) занимают в списке заболеваний ведущее место. Язвенная болезнь широко распространена во всех странах мира.

Современный ритм жизни, насыщенный постоянными стрессами, плохая экология, неправильное и нерациональное питание ведут к тому, что к 30-ти годам каждый четвертый человек имеет в своем анамнезе одно из заболеваний ЖКТ.

Цель исследования: Провести ABC- и XYZ- анализы ЛС для лечения яз-

венной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки в аптеке ООО "Вита - К" г.Ртищево.

Материалы и методы. Объектом исследования послужил ассортимент лекарственных препаратов для лечения язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки аптеки ООО «Вита - К» г. Ртищево

Практическая значимость: Полученные данные необходимы для определения потребности в лекарственных препаратах и объективной оценки работы аптечной организации. Результаты исследования могут способствовать выработке рациональных управленческих решений по оптимизации лекарственной помощи больным для лечения язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки в аптеке ООО "Вита - К" г.Ртищево.

Результаты: Медикаментозное лечение язвенной болезни включает в себя две основные фармацевтические группы – антациды и противоязвенные препараты.

Согласно полученным при анализе данным, наибольшим спросом пользуются такие противоязвенные препараты, как Омез 20мг капс №30 производитель «Dr. Ready's» Индия, Омепразол 20мг капс №30 производитель ООО «Озон» и «Производство медикаментов» Россия , Гасталтаблжев №12 «Тева» Россия, Ренни таблжев №12 и №24 «Байер» Германия, Де-нолтабл №56 «Астеллас» Нидерланды, Алмагель Асусп 170мл «Балканфарм» Болгария.

Выводы: При проведении маркетингового анализа ассортимента ЛС для лечения язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, обнаружено, что в аптеке ООО «Вита-К» г. Ртищево представлено минимальное количество лекарственных форм, различных дозировок и фасовок лекарственных препаратов для лечения язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки.

ИЗ ИСТОРИИ РАЗВИТИЯ МОЛОДЕЖНОГО СЛЕНГА

И.Б. Ирлицына

Кафедра гуманитарных дисциплин

Медицинский университет «Реавиз»

Исследование языка современной молодежи свидетельствует о том, что в его состав входят переосмысленные лексемы литературного языка, англо-русские гибриды, созданные в рамках молодежной среды, слова компьютерного языка, просторечные единицы, студенческие жаргонизмы, огромный пласт воровского арго.

Было ли так всегда? Обратимся к языку молодых людей прошлых столетий и попробуем понять причины его жаргонизации. Так, речь учащейся молодежи XIX - начала XX веков к нам дошла, например, в «Очерках бурсы»

Н.Г. Помяловского, которые описывают быт, нравы и язык гимназистов Петербургской духовной семинарии. Е.Д. Поливанов вспоминает, что в годы его учения, которые пришлись на начало XX в., среди товарищей по гимназии были в ходу разные специфические словечки: «Я помню, как нам... в голову не приходило употреблять в разговоре между собой слово «угостить»: оно регулярно заменялось через «фундовать», «зафундовать»; вместо «предприятие» или «задуманный план» всегда говорилось «фидуция»; совершенно не употреблялось и слово «товарищ»- надо было сказать «кулей» и т.д. и т.д.»

В XX веке отмечены три бурные волны развития молодежного сленга. Первая относится к 20-годам, когда революция и гражданская война, разрушив до основания структуру общества, породили армию беспризорных, и речь молодых окрасилась множеством блатных словечек.

Вторая волна приходится на 50-ые годы, когда на улицы и танцплощадки городов вышли стиляги. Появление третьей волны связано с периодом застоя 70-80-х годов, когда возникают разные неформальные молодежные движения, и хиппующие молодые люди создают свой системный сленг как языковое противостояние официальной идеологии.

Начало XXI показывает, что жаргонная стихия захлестнула речь молодых людей и что если раньше речь шла об отдельных словах или о волнах в процессе жаргонизации языка, то теперь надо говорить о потоке, и потоке достаточно полноводном.

В одной из своих статей исследователь молодежного языка М.А. Грачев пишет: «Мы отлично понимаем, что жаргонизмы являются той экспрессивной лексикой, которая может ранообразить речь, сделать ее эффективной и даже заполнить номинативной вакуум, но в то же время считаем, что молодежные жаргоны засоряют общенародный язык...». Действительно, как бы ни были хороши жаргонные и иноязычные слова, чрезмерное и не вполне уместное их использование загрязняет литературный язык.

ОСОБЕННОСТИ ХИРУГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С АДЕНОМОЙ ГИПОФИЗА

Ш.М. Каунбекова

Кафедра оториноларингологии и нейрохирургии
Карагандинский государственный медицинский университет
Научный руководитель к.м.н., ***Н.И. Турсынов***

Введение:

Аденома гипофиза составляет около 10-15% из всех опухолей головного мозга. Аденома гипофиза встречается как мужчин, так и женщин. У женщин симптомы аденомы гипофиза выявляется раньше, чем у мужчин. Так как одним из первых симптомов аденомы гипофиза это нарушение менструаль-

ного цикла и бесплодие. Пик заболевания приходится на 40-50 лет.

Цели и задачи:

Целью нашей работы стала изучение прооперированных пациентов в нейрохирургическом отделении в ОМЦ г. Караганда транскраниальным и трансназальным доступом за период 2013-2015 года.

Материалы и методы:

Объектом для исследования послужили пациенты с аденомой гипофиза прооперированные транскраниальным и трансназальным доступом за период 2013-2015 года. Все больные до оперативного лечения прошли полное обследование. Консультированы эндокринологом, нейроофтальмологом, нейрохирургом. Прошли полное обследование: МРТ и КТ головного мозга, гормональный анализ крови, осмотр глазного дна, компьютерную периметрию.

Результаты:

За этот период прооперированы всего 34 пациентов, из них 11 транс краниальным доступом, эндоскопическим трансназальным доступом удалены аденомы гипофиза у 23 пациентов. Средний возраст больных составил 44 года, из них 16 мужчин, 18 женщин.

У 12 пациентов наблюдалась гормонально-неактивный тип аденомы гипофиза, из них у 10 (77%) пациентов были зрительные нарушения (сужение полей зрения, снижение остроты зрения, атрофические явления зрительных нервов). И у всех 12 неврологическая симптоматика виде головных болей. У 22 пациентов выявлена гормонально-активная форма аденомы гипофиза. Гормонально активные аденомы гипофиза проявлялись акромегалией у 4 (18,2%) пациентов, 17 (77,3%) пациентов с пролактиновой формой болезни, 1 пациент (4,5%) с тиреотропной формой болезни. У 16 женщин отмечалась нарушение цикла менструаций, у 11 наблюдалась бесплодие. У одного мужчины наблюдалась галокторея, гинекомастия (увеличение молочных желез), нарушение потенции. А также у 18(82%) пациентов наблюдалась зрительные нарушения (сужение полей зрения снижении, остроты зрения, атрофических явлениях зрительных нервов).

Выводы:

После проведение операции у 28 (82%) пациентов отмечалась улучшение зрения, прошли головные боли у 30 (88%) пациентов. Можно так же отметить, что использование эндоскопического трансназального доступа удаление аденомы гипофиза предусматривает высокую точность инструментальных манипуляции, максимальное сохранение мозговых структур, безопасность операций. Этот метод улучшает результаты хирургического лечения, сокращает площадь операционного доступа и хороша тем, что уменьшается травматичность оперативного вмешательства при повышении радикальности удаление аденомы гипофиза.

АНАЛИЗ ИЕРАРХИИ ЖИЗНЕННЫХ ИНТЕРЕСОВ СТУДЕНТОВ ВУЗОВ

Ю.Н. Кодолова, О.В. Демьянова
Московский медицинский университет «Реавиз»
Научный руководитель д.м.н., профессор ***С.Н. Черкасов***

Введение. Особенности настоящего периода развития общества, значительные изменения, происходящие в социально-политической и экономической жизни, предъявляют качественно новые требования к возможностям человека. В современном обществе понимание здоровья как категории, без которой невозможно социальное развитие находит все более широкое распространение. Студенческая молодежь это основной резерв социума и уровень здоровья этой категории населения имеет огромное значение в формировании потенциала социально-экономического развития.

Цель исследования. Учитывая большую актуальность проблемы формирования у молодого поколения потенциала здоровья, целью исследования стало исследование структуры жизненных интересов студентов ВУЗов г. Нижневартовск.

Материалы и методы. Данные были получены путем анкетирования студентов немедицинских специальностей 1-5 курсов ВУЗ г. Нижневартовска. Всего роздано анкет 1000, собрано заполненных анкет 976. В анкете было предложено определить приоритеты в качестве которых предложены десять вариантов ответов: семья, работа, образование, карьера, здоровье, материальные блага, духовные ценности, вера (религия), совесть, любовь. Кроме того, студентам было предложено указать свой вариант ответа. Цифрой «один» опрашиваемый должен был отметить самый значимый приоритет и далее по убыванию. Средний возраст опрошенных составил 19,79±0,11 лет.

Результаты. Наиболее часто, в качестве первостепенного жизненного интереса в исследуемой группе студентов, называлась «семья». Средний балл составил 1,8. По оценкам женской половины опрошенных уровень значимости данного приоритета был еще выше – 1,66 баллов. Каждый второй опрошенный (67%) считал семью наиболее важным приоритетом в своей жизни. Еще 16% расположили «семью» на втором месте по значимости, 13% опрошенных указали более низкий приоритет «семьи», каждый двадцатый не смог определить для себя значимость данной категории.

Здоровье, в качестве первостепенного жизненного интереса в исследуемой группе студентов, называлось намного реже – только в 19% случаев. Наиболее часто данный приоритет располагался на втором месте (27%) и на третьем месте (19%). Каждый шестой опрошенный располагал его на четвертом или пятом месте (16%). Остальные (14%) отводили данному жизненному интересу еще более низкое место в иерархии приоритетов.

На третьем и четвертых местах указывались такие ценности как любовь

(особенно у женской части опрошенных) и образование. Часто «любовь» выступала альтернативой «здоровья» занимая в иерархии ценностей второе и третье место. На четвертом месте наиболее часто указывались такие ценности как «образование» и «карьера», что достаточно логично в отношении данной группы обследуемых. Жизненный интерес «работа» чаще располагали на пятом месте. Духовные ценности и идеалы веры (религии) располагались в иерархии еще ниже опережая только «совесть». Очень редко, только 2% опрошенных указали, что имеют отличные от предложенных жизненные интересы, но никто их не назвал.

Выводы. Полученные результаты интересны с точки зрения формирования приоритетов в программах первичной профилактики. Если наибольший акцент в данных программах делать на повышение уровня здоровья, тем более будущего, то эффективность мероприятий будет ниже, чем в случае постановки акцентов, например, на семейные ценности. Следует также учитывать высокие иерархические приоритеты «образования» и «карьеры», объясняя студентам преимущества хорошего здоровья в достижении высоких показателей учебы и повышения возможности карьерного роста. Следовательно, профилактические программы, формирующие в представлении студента связи между хорошим здоровьем и успехом в профессиональной карьере, будут более результативны, чем стандартные и используемые в настоящее время программы первичной профилактики.

ТАЙНЫ ВРАЧЕБНОГО ОПРОСА

М.А. Кузнецова, В.П. Артищев
Медицинский университет «Реавиз»
Научный руководитель В.А. Шуваева

Цель: изучить структуру врачебного опроса в России и в англоговорящих странах.

Задачи:

• Изучить структуру опроса в больницах России Великобритании и Америки.

• Проанализировать различия между опросниками

Материалы и методы: Работа выполнена с опорой на тексты, предложенные в учебнике Т.П. Щедриной, анкеты опроса больных в больнице им. Пирогова, анкеты опроса пациентов из интернета.

Актуальность: сбор точной и полной информации о состоянии пациента, улучшения качества лечения и состояния здоровья пациента.

При опросе пациента:

1. Узнают общие данные о человеке, то есть его возраст, соц. статус и т.д.;
2. То, как пациент сам оценивает состояние своего здоровья;

3. Узнаются его предпочтения, куда бы он пошёл лечиться;

4. Удовлетворённость пациента оказанными услугами;

5. Оценка пациентом работы отделения, врачей и прочего медицинского персонала;

6. Способ оплаты медицинских услуг, если таковая была;

7. Узнаются назначения врача, пройденные процедуры пройдены и что пациент сам делает для поддержания своего здоровья;

8. Оценка пациентом состояния медицинских учреждений в его населённом пункте.

Если пациенту оказывалась амбулаторно-поликлиническая медицинская помощь, то:

1. Оценивается удовлетворённость пациента оказанными услугами;

2. Время, затраченное на ожидание приёма или прихода врача на дом;

3. Удовлетворённость пациента в целом.

Если пациент проходил стационарное лечение, то оценивается:

1. Удовлетворённость пациента медицинской помощью и питанием, предлагаемым в стационаре;

2. Приходилось ли пациенты покупать лекарственные средства за свой счёт;

3. Сколько прошло времени от получения направления до момента госпитализации.

За рубежом опрос пациента включает в себя:

1. Общие сведения о пациенте: имя, возраст, пол и т.д.,

2. Главную жалобу пациента;

3. Историю настоящего заболевания-последовательный развёрнутый рассказ о симптомах с точным описанием времени их возникновения;

4. Информацию о перенесённых заболеваниях;

5. Историю жизни пациента: семейное положение, занимаемая им должность, наличие вредных привычек и т.д.;

6. Получение данных о наличии каких-либо заболеваний у членов семьи пациента;

7. Опрос по конкретным частям тела.

Вывод:

В результате данного исследования были найдены следующее совпадение: Начало опросников содержит общие вопросы о пациенте

Также были обнаружены следующие различия:

1. В российском списке вопросов сразу после общих сведений о пациенте узнаётся его оценка своего самочувствия, в зарубежном же определяется главная жалоба пациента,

2.В списке, используемом в России, узнаётся, какому лечебному учреждению пациент отдаёт предпочтение, а в зарубежном узнаётся история настоящего заболевания,

3. В России узнаётся способ оплаты медицинской услуги, в то время как в зарубежном списке вопросов узнаётся наличие каких-либо заболеваний у членов семьи пациента.

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДОЛОГИИ АФАЗИИ

Н.Б. Литвякова
Медицинский университет «Реавиз»
Научный руководитель ***Д.Г. Чернышов***

Актуальность. Исследование афазии открывает путь к пониманию фундаментальных вопросов физиологии, неврологии, психологии, психиатрии, нейропсихологии, лингвистики, логопедии, психолингвистики.

Сегодня в нашей стране внедряется в практику, британская методика психолингвистической оценки лексико-семантической системы языкового процесса при афазии.

Цели и задачи: показать преимущество отечественной нейропсихологической системы диагностики афазии.

С середины XIX в. до 20-х годов XX столетия, в классический период развития, изучение афазии было связано с именами Wernicke, Broka, Kussmaul и др. В XX в. – с именами Head, Бехтерева, Лурии, Цветковой, Храковской и др. Плеяда блестящих отечественных ученых уже в 30-40 г. XX столетия стала по-новому рассматривать клинические данные о нарушении высших психических функций при локальных поражениях головного мозга. Особое место в учении об афазии занимают исследования А.Р. Лурии. На основе факторного и синдромного анализа он пришел к принципиально новому пониманию афазии, т.е. перешел от классического описания дефекта к его качественному анализу, что дало возможность создать новую классификацию афазий. Отечественную нейропсихологию стали называть лурьевской нейропсихологией, она получила признание во всем мире. На современном этапе расширение и углубление связей между афазиологами разных стран позволяет получать подробную информацию о существующих в мировой практике подходах и методах реабилитационного лечения пациентов с афазией.

Сопоставительный анализ нейропсихологической и нейролингвистической диагностики афатического дефекта показывает, что для решения реабилитационных целей методы, основанные на когнитивной лингвистике, существенно уступают отечественному нейропсихологическому подходу.

Выводы: по мнению авторов, мы являемся наследниками уникальной отечественной нейропсихологической системы диагностики и восстановительной медицины, которая успешно и широко используется в практике реабилитации пациентов с органическими поражениями головного мозга во всем мире.

РОЛЬ ЛАТИНСКОГО ЯЗЫКА В МЕДИЦИНЕ И В СОВРЕМЕННОМ МИРЕ

Л.К. Мишарина, Э.А. Саввон
Московский медицинский университет «Реавиз»
Научный руководитель ст. преп. ***Н.Э. Арутюнова***

Введение: Несмотря на то, что латинский язык считается «мертвым», невозможно представить себе многие области человеческой деятельности без его употребления. Согласно западной богословской традиции на латыни, до сих пор ученные пишут диссертации и даже проводят диспуты. Латинский язык является неотъемлемой частью многих профессий, в том числе профессии медицинского работника.

Цель исследования: Изучить роль латинского языка в различных сферах деятельности человека.

Материалы и методы: Основной метод исследования – теоретическое исследование (теоретический анализ). В работе были изучены данные из современных научных статей, учебной литературы.

Результаты: Проанализирована роль латинского языка в медицине и ряда других профессий.

Выводы: Латинский язык продолжает оставаться неотъемлемой частью современного мира, в том числе научного, а значит и неотъемлемой частью деятельности медицинских работников. В конечном итоге латинский язык формирует терминологически грамотного специалиста в любой области научной деятельности.

ИССЛЕДОВАНИЕ ФИЗИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ СТУДЕНТОВ ВУЗОВ

Е.А. Павлова, В.А. Сергеев
Московский медицинский университет «Реавиз»
Научный руководитель д.м.н., профессор ***С.Н. Черкасов***

Введение. В настоящее время предъявляется все меньше требований к физическому состоянию человека. Однако, уровень физической активности и, связанный с ним уровень физической работоспособности, определяемый показателями аэробной производительности, может служить индикатором адекватности процессов адаптации организма. Повышение производительности труда, обеспечение экономического роста, решение демографической проблемы невозможно без достижения высокого уровня здоровья. Студенческая молодежь это основной резерв общества в преодолении экономических проблем и уровень здоровья этой категории населения имеет огромное значение в формировании потенциала социально-экономического развития.

Учитывая большую актуальность проблемы формирования у молодого поколения потенциала здоровья, целью исследования стало исследование уровня физической активности студентов ВУЗов г.Нижневартовск.

Материалы и методы. В качестве объекта исследования выступали студентки высших учебных заведений г.Нижневартовска. Средний возраст опрошенных составил 19,79±0,11 лет. Объем исследования – 386 человек. Метод исследования - анкетирование. Распределение на две группы сравнение производили на основании результатов исследования уровня физической активности и физической работоспособности. В основную группу включали студенток с низким уровнем физической активности и физической работоспособности. В контрольную группу включали студенток с высоким уровнем физической активности и работоспособности. При определении достоверности различий использованы непараметрические критерии, уровень значимости отрицания нулевой гипотезы составлял не менее 95%. Основная группа была представлена 252, а контрольная 134 студентками.

Результаты. Проведенное исследование уровня физической активности среди студенток высших учебных заведений г.Нижневартовска показало, что большинство обучающихся (65,3%) имеют низкий уровень физической активности в соответствии с принятым критерием разделения. В качестве критерия разделения можно рекомендовать к учету расстояние, преодолеваемое в день пешком с учетом других видов физической активности. Только треть (34,7%) опрошенных студенток имеет достаточный уровень физической активности. Следует отметить неадекватные оценки самих респондентов собственного уровня физической активности, так как они не коррелировали с объективными показателями.

Выявленный уровень физической активности был достоверно связан с такими показателями здоровья как оценка уровня своего здоровья по пятибалльной шкале, частотой обращений за медицинской помощью по поводу заболеваний и травм за последний год, частотой заболеваний простудными и острыми инфекционными заболеваниями, даже если не было обращений в медицинские учреждения. Так студентки, имеющие высокий уровень физической активности, более высоко оценивали свое здоровье (4,4±0,12 балла против 3,8±0,26 баллов), реже обращались за медицинской помощью (1,2±0,05 раза против 2,3±0,12 раза за последний год) и реже болели простудными заболеваниями (1,6±0,11 раз против 3,6±0,52 раз за последний год).

Выводы. Таким образом, лица имеющие низкий уровень физической активности имеют большую вероятность обращения за медицинской помощью, в отношении них выше затраты на лечение, больше выплаты по социальному страхованию в случае болезни, соответственно производительность труда таких работников в силу их уровня здоровья ниже, они не могут без последствий для здоровья исполнять повышенные требования, предъявляемые характером труда, особенно в неблагоприятных климатических условиях вследствие низкого потенциала здоровья.

ПРОБЛЕМЫ ЭВТАНАЗИИ

Д.Е. Петров
Кафедра гуманитарных дисциплин
Медицинский университет «Реавиз»
Научный руководитель: к. ю. н., доцент ***Н. К. Елина***

Целью нашей работы явилось изучения проблем эвтаназии. Эвтаназия это намеренное, целенаправленное ускорение смерти тяжелобольного пациента, осуществляемое руками врачей и обосновываемое, как правило, для избавления его от страданий. Она предполагает действия медиков, непосредственно ведущие к летальному исходу (активная эвтаназия), либо подразумевает неоказание медицинской помощи для продления жизни больного, т.е. бездействие медиков в тех случаях, когда врачебное содействие является «безусловно необходимым» (пассивная эвтаназия). Иногда под эвтаназией подразумевают содействие при самоубийстве, тогда она соответствует определению «легкая смерть», согласно исходному смыслу этого термина, введенного в употребление Ф. Бэконом в XVII в.

В развитии отечественной и мировой науки последние годы возрос интерес к эвтаназии. Фундаментальный характер ценности человеческой жизни по отношению ко всем правовым и нравственным реалиям возводит любую общественно-правовую проблему (например, допустимость смертной казни, абортов, клонирования человека), в том или ином аспекте затрагивающую право на жизнь, в ранг общечеловеческих, глобальных проблем. Каждая историческая эпоха предлагает для нее свое видение и решение. Современность особенно усложнила и актуализировала ее.

Вопрос о легализации эвтаназии поднимался в 30-е гг. XX столетия в США и Великобритании. Бесчеловечный опыт нацизма, официально взявшего на вооружение идею эвтаназии и в рамках соответствующей программы отправившего в газовые камеры сотни тысяч людей, оказал отрезвляющее влияние на сторонников эвтаназии. Однако уже в 60-е гг. последние вновь активизировались. С конца 80-х гг. эвтаназия с определенными ограничениями, касающимися прежде всего ее активной формы, легализована в ряде стран (например, Нидерланды, США). Проблема эвтаназии (в ее теоретических и практических аспектах) возникла внутри западной культуры, а в самой западной культуре— главным образом в зоне влияния протестантизма. Научная и общественная дискуссии о правомерности эвтаназии продолжаются, в том числе и в тех странах, где она официально практикуется. Вопрос остается открытым.

В Российской Федерации эвтаназия запрещена Федеральным законом N 323 "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации". Статья 45- Запрет эвтаназии. «Медицинским работникам запрещается осуществление эвтаназии, то есть ускорение по просьбе пациента его смерти ка-

кими-либо действиями (бездействием) или средствами, в том числе прекращение искусственных мероприятий по поддержанию жизни пациента».

В настоящее время в обществе получили распространение два противоположных подхода к проблеме эвтаназии: либеральный и консервативный. Сторонники каждого из них приводят свои доводы эвтаназии.

Эвтаназия превратилась в проблему, актуальную не только для медицины, но и для всей современной культуры. На протяжении последних 10-15 лет эвтаназия неизменно занимает в массовом сознании одно из первых мест по «сенсационности» (хотя с недавнего времени ее несколько потеснила проблема клонирования человека и искусственного бессмертия).

ЛЕКЦИЯ КАК ОДНА ИЗ ФОРМ ДИСТАНЦИОННОГО ОБУЧЕНИЯ

В.А. Савельев, М.Д. Колесникова

Медицинский университет «Реавиз»

Научный руководитель д.м.н.,профессор ***Р.А. Дробышева***

Введение

Создать методическое пособие для студентов, с учетом современных технологий, которые он мог бы использовать вне аудиторно.

В случаях пропуска занятий по тем или иным причинам.

Цели и задачи

Цели- Создание методического аудио- видео- пособия

Задачи- Такой наиболее перспективной формой является аудио-видео лекции позволяющие разобраться не только в теоретическом материале но и посмотреть демонстрацию препаратов,схем,рисунков.

Материалы и методы

Работа с компьютерными программами, учебной и дополнительной научной литературой, препаратами, создание рисунков ,схем

Результаты

Нами подготовлена лекция сердечно сосудистая система в которой динамично продемонстрированы источники развития и строения функциональная значимость разных отделов в голосовом режиме лектора, а так же с анимационными элементами на препаратах.

В любой момент можно приостановить запись, осмыслить материал или подготовить вопрос.

Выводы

Предварительные показы данной записи студентам разных курсов и преподавателям вызвали большой интерес к этой работе и желание приобрести такую запись.

ВЛИЯНИЕ КОМПЬЮТЕРНЫХ ИГР НА СОЦИАЛИЗАЦИЮ И УРОВЕНЬ АГРЕССИВНОСТИ ЧЕЛОВЕКА

В.Н. Тараканов, В.А. Зверькова
Белорусский государственный медицинский университет
Научный руководитель преподаватель ***В.В. Бурсевич***

Введение. В связи с бурным развитием информационных технологий огромное значение в жизни человека занимает всемирная сеть и персональный компьютер. Каждый из нас значительную долю своей жизни проводит у экрана, как дома, так и на работе, учебе, поэтому можно говорить о компьютере как о современном институте социализации, оказывающем серьезное влияние на физиологическое, психологическое и эмоциональное состояние человека. Поскольку проблема воздействия компьютерных технологий слишком широка, мы в своем исследовании хотим обратиться лишь к одному из феноменов компьютерной индустрии, связанному с ее проникновением в сферу развлечений, а именно – к компьютерным играм.

Цели и задачи. Сегодня идея о том, что компьютерные игроки имеют более высокие показатели агрессивности и менее социализированы, укоренилась в обществе. Мы в своем исследовании хотим выяснить, в какой степени компьютерные игры влияют на социализацию и уровень агрессивности человека.

Материалы и методы. Для анализа сложившихся представлений о увлекающихся компьютерными играми, а также для проверки собственной гипотезы о зависимости между играми, коммуникативными навыками и агрессивностью, были проведены опросы на основе разработанных психологических методик. Для сравнения уровней социализации и агрессивности использовалась контрольная группа молодых людей, не увлекающихся играми.

Результаты. У большинства обывателей имеется стереотипный образ «геймера», что подтверждается и проведенным нами опросом студентов, но этот образ, однако, не всегда соответствует реальному облику игрока.

Как оказалось, у игроков, действительно, по сравнению со сверстниками наблюдается повышение агрессивности, но не значительное. Иными словами, сказать, что игры приводят к озлоблению подростков, будет преувеличением, тем более что данные опроса говорят о потенциальной агрессивности, которая может никогда и не перейти в активные действия.

Выводы. Таким образом, на увлечение видеоиграми стоит посмотреть более широко. Молодым людям игры часто помогают снять эмоциональное напряжение и стресс, поскольку в них они могут хотя бы на время сменить социальную роль, сбросить оковы цивилизации. Кроме того, в настоящее время специфика большинства игр такова, что их действие разворачивается стремительно, что требует от игрока умения быстро принимать решения, благодаря этому компьютерные игры способствуют развитию воображения, внимания, памяти и, в определённой степени, коммуникативных навыков.

ЛАТИНСКИЙ ЯЗЫК КАК ОСНОВА МЕДИЦИНСКОЙ ТЕРМИНОЛОГИИ

Ф.Р. Таушунаева
Московский медицинский университет «Реавиз»
Научный руководитель ст. преп. ***Н.Э. Арутюнова***

Введение: Современная медицинская терминология — это совокупность наименовании, обозначающих понятие медицины как науки. Совокупность медицинских терминов достигает до нескольких сотен тысяч. В план медицинской терминологии входит следующее: морфологические образования и процессы, характерные для организма человека в норме и при патологии на различных стадиях его развития; болезни и патологические состояния человека; формы их течения и признаки (симптомы, синдромы); возбудители и переносчики болезней; факторы окружающей среды; методы диагностики, профилактики и терапевтического лечения болезней; оперативные доступы и хирургические операции; организационные формы оказания лечебно — профилактической помощи населению. Каждый термин — это определенный элемент какой-либо подгруппы, например анатомической, гистологической, хирургической, гинекологической, терапевтической, ботанической, биохимической и т. д. Каждая из этих подгрупп отражает определенную научную классификацию понятий, принятую в данной науке.

Цель изучения: Изучение латинского языка в медицинских университетах предусматривает значительно профессиональную цель — подготовку студента к грамотной терминологической речи. Это уникальная возможность повысить свои знания в области медицинской терминологии, а также культурно-образовательный уровень врача. В этом отношений полезны латинские афоризмы, поговорки, выражающие в свою очередь, законченную мысль, например: Fortesfortunajuvat. - Смелым судьба помогает; Nonprogrediestregredi. - Не идти вперед — значит идти назад.

Объекты изучения: В макротерминосистеме выделяют следующие подсистемы: анатомические и гистологические номенклатуры; комплекс патологоанатомической, патологофизиологической и клинической терминосистем; фармацевтические терминологии.

Именно эти подсистемы являются объектами изучения влатинского языка и основ медицинской терминологии.

Результаты: Значение терминов изменяются, уточняются, и даже исчезают, или могут заменяться за неиспользованием или устарением той или иной формы слова, поскольку постоянно движется вместе с развитием движения научного знания. Иначе говоря, содержание термина соответствует со-

временным научным знаниям об объекте.

Вывод: Терминология — одна из важнейших составляющих науки, неотделимая ее часть. Это подтвердил французский естествоиспытатель, основатель современной химии А. Л. Лавуазье: «Нельзя отделить науку от терминологии, ни терминологию от науки, потому что каждая естественная наука обязательно складывается из трех моментов: из ряда фактов, составляющих ее содержание, из представлении, ими называемых, и из терминов, которыми эти представления выражаются».

Таким образом мы можем прийти к выводу, что ни одна наука не может существовать без соответствующих терминов, которые в свою очередь разъясняют и раскрывают суть темы используемых в определенной области знания.

ПРАКТИЧЕСКОЕ ПРИМЕНЕНИЕ «ТЕОРИИ ПОКОЛЕНИЙ» В ОРГАНИЗАЦИИ УЧЕБНО-ВОСПИТАТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА В МЕДИЦИНСКОМ КОЛЛЕДЖЕ

Д.В. Фролова, Т.В. Коротеева

ГБПОУ «Самарский медицинский колледж им. Н.Ляпиной»

Традиционное образование, которое раньше давало хорошие результаты, перестало удовлетворять общество в плане поддержки молодых людей в успешном развитии и функционировании в современной жизни. Работникам образования приходится перестраивать свою деятельность с учетом условий цифровой «революции».

По мнению сторонников «Теории поколений», поколение – это группа людей, рождённых в определенный возрастной период, испытывавших влияние одних и тех же событий в обществе, воспитанных в рамках определенной семейной модели.

В педагогической сфере, поколенческий подход необходимо использовать как инновационнуюстратегиюдля организации учебно-воспитательного процесса. Особенно в учреждениях медицинской направленности, так как нужно научить студентов понимать различные поколения для работы с пациентами в дальнейшем.

Еще недавно преподаватели работали со студентами поколения X, которые принимали пассивный метод обучения. Новые поколения студентов (Y и Z) ждут перемен.

Чтобы предложить программу действий поорганизации учебно-воспитательного процесса со студентами поколений Y и Z, преподавателям колледжа была предложена характеристика портрета современных учащихся, основан-

ная на современных психологических исследованиях.

Например,основные ценности представителей поколения Y (1985-2000 г. р.): ответственность, общительность, стремление к разнообразию, профессионализм в технике, ожидание вознаграждения и похвалы.

У представителей поколения Z (2000-2020 г. р.) ценности ещё формируются.Среди прогнозов смещение приоритета в сторону социальных ценностей; станут менее коммуникабельными, будут лучше разбираться в технике, чем в человеческих эмоциях; будут нетерпеливы; мотивированно заниматься только тем, что им интересно.

В декабре 2015 года психологической службой колледжа было проведено исследование.

Цели и задачи

Цель: выявить социально-психологические особенности студентов нового набора с точек зрения самих студентов и преподавателей.

Задачи:

1. Выбрать психодиагностические методики.

2. Выявить социально-психологические особенности студентов нового набора.

3. Составить методические рекомендации, направленные на практическое применение «Теории поколений» в организации учебно-воспитательного процесса в медицинском колледже.

Материалы и методы

Для преподавателей была составлена специализированная анкета «Студенты нового поколения глазами педагогов». Для исследования студентов использовались методики: «Способность к самоуправлению», Самоактуализационный тест, «Шкала тревожности».

В исследовании участвовало 96% (30 чел.) преподавателей работающих со студентами первых курсов и 62% (207 чел.) студентов различных групп нового набора.

Результаты

По мнению 77% преподавателей студентов нового набора отличают: с одной стороны, высокая культура поведения; слабое проявление агрессивности; хорошее владение интернет - ресурсами; с другой стороны, ленивы, не организованны, не дисциплинированны, что вызывает трудности в построении учебного процесса.

Исследование первокурсников подтвердило, - что они типичные представители поколений Y и Z.

Методической ипсихологической службами колледжа был организован цикл семинаров для преподавателей, посвященный теме «Практическое применение «Теории поколений» в организации учебно-воспитательного процесса в медицинском колледже». Занятия были построены на основе активных методов обучения: описание поколений сопровождалось демонст-

рацией эффективных приемов обучения данной категории студентов. Преподаватели, выполняя задания, брали на себя роль студентов, а ведущие - роль тьютора.Рекомендовано организовывать учебный процесс с использованием активных и интерактивных методов и технологий проведения занятий.

Выводы

Таким образом, выявленные социально-психологические особенности студентов могут помочь в организации учебного процесса, воспитательной работе, мотивировке студентов на учебу и профессиональную деятельность.

РОЛЬ ЭТИМОЛОГИИ В УСВОЕНИИ МЕДИЦИНСКОЙ ТЕРМИНОЛОГИИ СТУДЕНТАМИ МЕДИЦИНСКИХ ВУЗОВ

Д.И. Чернушевич

Кафедра естественнонаучных дисциплин

Московский медицинский университет «Реавиз»

Научный руководитель: старший преподаватель ***Н.И. Михайлюк***

Введение. «Врач — философ: ведь нет большой разницы между мудростью и медициной» (Гиппократ.) Можно стать мудрецом и в молодом возрасте, если стремиться к тщательному познанию своей профессии, истоки которой лежат в древности. Знание терминологии для врача – одна из важнейших задач, которую он должен решить уже в первые годы своего обучения. И, несомненно, поможет ему в этом изучение этимологии медицинских терминов. Актуальность темы определяется тем, что профессия врача изобилует специальными терминами, незнание которых значительно затрудняет работу.

Цели и задачи. Цель работы – проанализировать этимологию специальной медицинской терминологии. Для достижения цели необходимо решить следующие задачи: дать общую характеристику этимологии как науке; рассмотреть историю происхождения медицинских терминов; описать этапы и периодизацию медицинской терминологии на Руси и в России; охарактеризовать последовательное заимствование медицинских терминов из различных источников в разные периоды и предложить для рассмотрения рекомендации по практическому усвоению медицинской терминологии студентами медицинских вузов.

Материалы и методы. Методом исследования проделана работа над материалами различных научных статей и литературных источников, приведенных в разделе «Библиография» основного текста работы.

Результаты. В результате исследования описаны этапы становления медицинской терминологии, охарактеризованы заимствования из греческого и латинского языков, а также из ряда современных европейских языков. Также

выдвинуты предложения для дополнения программы изучения латинского языка, а также русского языка и культуры речи в медицинских вузах.

Выводы. Владение медицинской терминологией позволяет молодому специалисту работать с различной профессиональной медицинской литературой на более высоком уровне. Основой медицинской терминологии являются заимствованные греко-латинские термины или термины, созданные искусственно из греко-латинскихтерминоэлементов; термины обладают высокой степенью мотивированности и семантически прозрачны. Знание терминологии позволяет медицинскому работнику полноценно участвовать в медицинских конференциях, быть задействованным в научно-исследовательской работе, внести вклад в развитие медицинской науки.

ЗНАЧЕНИЕ СМЫСЛА И НРАВСТВЕННЫХ ЦЕННОСТЕЙ ДЛЯ ДУХОВНОГО И ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ СОГЛАСНО В. ФРАНКЛА

Е.В. Шуст

Львовский национальный медицинский университет имени Данила Галицкого

Научный руководитель д.псих.н., проф. ***Н.И. Жигайло***

Введение. Личная зрелость человека неразрывна с ощущением смысла жизни и открытостью человека к миру ценностей, которые отыгрывают основополагающую роль в духовном и психологическом здоровье.

Цели и задачи. Исследовать роль смысла и моральных ценностей для духовного и психологического здоровья согласно В. Франкла.

Результаты. По мнению Виктора Франкла, человек подтверждает свою человечность посредством направления к ценностям, выбирая свободу и ответственность. В то же время не только психологическое, но и духовное имеет свою динамику; эта динамика основывается на стремлении к ценностям. Это духовное стремление к смыслу психически находит свое выражение как источник энергии.

Согласно исследованиям В. Франкла духовное измерение человека базируется на ценностях, а недостаток смысла или расстройство мира ценностей вызывает экзистенциальную фрустрацию. Для человека традиции и нравственные ценности очень важны, а их разрушение и дискредитация приводит к потере высокого смысла жизни и к редукционизму. Определено, что около 80% алкоголиков и 100% наркоманов – люди, не имеющие смысла жизни или потерявшие его (переживающие экзистенциальный вакуум).

Найти смысл жизни можно тремя путями: осуществляя дело (подвиг); переживая ценности; путем страдания. В то же время человеческая жизнь является скорее самотрансценденцией, чем самоактуализацией. Благодаря

ценностям человек может превышать актуальное состояние, общественные отношения, жизненную ситуацию, также способен увидеть свою позицию и роль на фоне надиндивидуальной целостности. Также человек не подвластен условиям с которыми он сталкивается; скорее эти условия подвластны его решению (противостоять или сдаться). Таким образом ценности имеют свойство динамизма и ангажирования.

Большое значение В. Франкл определил ценностям, обусловливающим процесс самотрансенденции (направление развития человека к реализации объективных, существующих вне пространства «я» ценностей).

Существование фундаментальных христианских ценностей – любви к Богу и ближнему, позволяют отыскать высший смысл и перспективу самотрансценденции. Посредством связи с Богом верующий не теряет с поля зрения смысла своей экзистенции, а нравственная оценка становится существенной составляющей духовной жизни человека, когда он сознательно начинает ее формировать, базируясь на моральных нормах и этических ценностях. Духовное измерение нравственности реализуется в отношении к другим людям, исходя из чувства уважения и равенства ко всем человеческим существам, создавая в обществе отношение уважения, справедливости и доброты.

Вместе с тем человека не влечёт к нравственному поведению, он в каждом отдельном случае сознательно решает делать моральный выбор ради того, чтобы спасти тот смысл, к которому себя направил, или же ради дорогого человека или ради Бога. Также поиск смысла скорее вызывает внутреннее напряжение, чем приводит к равновесию. Однако, именно это напряжение по Франклу является предпосылкой психологического здоровья.

Благодаря ценностям возможно придерживаться личной свободы и человеческого достоинства, даже в ситуациях чрезвычайного страдания или даже пред лицом смерти. Поскольку полнота смысла в жизни может сочетаться как с успехом, так и с поражением, умение разсмотреть ценность в страдании помогает лучшему пониманию и обогащению человеческой экзистенции, а также добавляет жизненных сил. Каждая ситуация или событие должно иметь очерченный смысл, который человеку следует уметь увидеть и принять.

Вывод. В процессе познания смысла нравственные ценности служат развитию человека и процесса его созреванию, обязывают, творят и одновременно стабилизируют экзистенцию, обладают способностью морально-этического упорядочения экзистенции, активизируют и конкретизируют различные виды биопсихической энергии, мотивируют и освобождают силу мотивации, делают творческое проживания сложных ситуаций и страданий, позволяют человеку идти к трансенденции, таким образом, обеспечивая духовное и психологическое здоровье.