**ЧАСТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
ОБРАЗОВАТЕЛЬНАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ
ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ «РЕАВИЗ»**

СБОРНИК НАУЧНЫХ РАБОТ V МЕЖВУЗОВСКОЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЙ КОНФЕРЕНЦИИ СТУДЕНТОВ И МОЛОДЫХ УЧЕНЫХ С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ

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

Самара
2015

УДК 681.3.068

Сборник научных работ V межвузовской научно-практической конференции студентов и молодых ученых с международным участием/ Под общ. ред. Н.А. Лысова. – Самара: Медицинский университет «Реавиз», 2015. – 136 с.

Редакционная коллегия

Н.А. Лысов, Заслуженный 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.П. Казанцев, руководитель Санкт-Петербургского Медицинского университета «Реавиз», генерал-лейтенант, кандидат исторических наук, доцент;

В.Г. Тактаров, руководитель Московского Медицинского университета «Реавиз», доктор медицинских наук, профессор;

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

И.О. Прохоренко, первый проректор по учебной работе Медицинского университета «Реавиз», доктор медицинских наук, профессор;

Е.В. Колесников, председатель Совета СНО Медицинского университета «Реавиз», студент 5 курса лечебного факультета;

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

Сборник содержит научные труды студентов и молодых ученых, выполняющих научные исследования по актуальным направлениям развития современной медицинской 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», 2015

Секция 1.
ИСТОРИЯ МЕДИЦИНЫ И НАУКИ

ЗАЧЕМ ВРАЧУ ЗНАТЬ АНГЛИЙСКИЙ ЯЗЫК?

Студенты 1 курса стоматологического факультета
В.П. Гайлис и Э.К. Назаров
Медицинский университет «Реавиз»
Кафедра гуманитарных дисциплин
Научный руководитель ***ст. преподаватель В.А. Шуваева***

На первый взгляд может показаться, что для врача знание английского языка вовсе не является фактором профессионального роста. На самом деле, если вы нацелены на постоянное повышение квалификации и рассчитываете работать в престижной клинике, а тем более сотрудничать с зарубежными коллегами, без английского не обойтись.

Целью работы стало акцентуализировать важность знания английского языка врачами разных специальностей в нашей стране.

Нами были проанализированы системы обучения в разных странах и сравнили с программой обучения в высших образовательных учреждениях нашей страны. При сравнении было выяснено, что цели и задачи, преследуемые программами обучения, различны. В России английский язык изучается врачами в основном в следующих целях.

1. Для возможности участия будущих врачей в программах обмена студентами.
2. Для повышения квалификации врачей.
3. Для возможности карьерного роста.
4. Для участия в конференциях международного уровня.
5. Для изучения литературы на английском языке в целях повышения профессионального уровня.
6. Для успешного сотрудничества с иностранными коллегами и обмена опытом в клинической практике и науке.
7. Для качественного обслуживания иностранных пациентов.
8. Для личностного и карьерного роста.

Как видите, у врача есть немало причин для изучения английского языка. При этом уровень владения английским, к которому следует стремиться, должен быть довольно высоким. Врач обязан владеть медицинской терминологией, суметь прочесть и полностью понять даже самый сложный текст, посвященный медицинской тематике, и так же легко воспринимать английский на слух, чтобы общаться с коллегами из других стран. Врач должен внятно говорить на английском, чтобы собеседник смог понять каждое слово, включая непростые для произношения медицинские термины. Конечно, все врачи знают латынь, это помогает избежать какой-либо путаницы в медицинских понятиях, но для общения все равно нужен живой язык, да и с иностранными пациентами на латыни не поговоришь.

ОБРАЗ ВРАЧА В ФИЛОСОФИИ

Студентка 3 курса стоматологического факультета ***Е.В. Гвоздева***
Медицинский университет «Реавиз»
Кафедра гуманитарных дисциплин
Научный руководитель: ***к.ф.н., доцент В.В. Жданова***

Целью работы стало исследование образа врача в философском аспекте, а также понимание этого образа в различных исторических типах культуры. Решались следующие основные задачи: объяснение образа врача как философско-антропологической и философско-культурологической концепции, представление культурных смыслов понимания образа врача в мировой истории. Методами исследования явились описательный анализ и сопоставление информации из открытых источников.

Понимание образа врача в различных типах культур связано с господствующими в них социальными и философскими концепциями, ценностными приоритетами общества. Они формировали представления о человеке, его жизни и смерти, здоровье и болезни, создавая основу для определённого философско-исторического образа врача. При этом реальный образ всегда существенно отличался от должного. Идеальное и реальное – основное противоречие в образе врача, определяющее его философскую динамику. Профессия врача – одна из древнейших. В первобытном обществе формой врачебной деятельности было коллективное врачевание. Каждый опытный член общины мог выполнять обязанности врача. В поздней родовой общине появляются жречество и магия. В античной культуре телесное и духовное здоровье были предметом восхищения, эталоном красоты и гармонии. Гиппократ и Платон представляли два противоположных образа античного врача. Гиппократовский образ врача основывался на милосердии. Платоновский, более рациональный и прагматичный, служил воцарению справедливости в государстве. В средневековой Европе профессия врача характеризуется зависимостью от церкви и сословия, преобладанием универсального над индивидуальным, схоластическим характером мышления. В философии Ренессанса врач стремился к поиску истины опытным путём, а в философии Нового времени содержание образа врача составлял профессионализм и рационализм суждений (труды Ф. Бэкона). В начале XX века в западной рационально-прагматической философии сформировался образ врача – борца за биологическую чистоту, получившее яркое выражение у Ф. Ницше. Человечество, потрясённое преступлениями нацистских врачей, приняло за идеал образ врача-гуманиста. В настоящее время происходит деконструкция образа концепта врача, что обусловлено кризисом культуры. Рождается образ врача, содержание которого составляют экономический расчёт, небрежность и коррумпированность.

РАБОТА МЕДИКОВ НА ОЛИМПИЙСКИХ ИГРАХ В СОЧИ

Студент 1 курса стоматологического факультета ***И.В. Головач***
Медицинский университет «Реавиз»
Кафедра гуманитарных дисциплин
Научный руководитель ***ст. преподаватель В.А. Шуваева***

При подготовке к Олимпиаде в Сочи в 2014 году были проведены обширная переподготовка медицинских кадров, масштабная работа по оптимизации работы медицинского персонала, задействованного в оказании медицинской помощи. Данный вопрос является актуальным для здравоохранения нашей страны и в настоящее время.

Целью работы стало определение уровеня готовности медицинского персонала России к масштабному приему иностранных гостей.

За основу работы было взято интервью министра здравоохранения Российской Федерации Вероники Игоревны Скворцова, возглавившей на время Олимпийских игр оперативный штаб по медицине в Сочи.

Для Сочи была проведена тотальная переподготовка и стажировка медицинских кадров за три года. К Олимпиаде было привлечено 1268 медицинских единиц: чуть более шестисот врачей Краснодарского края, около двухсот медиков из Татарстана и почти четыреста специалистов из Москвы. Это хирурги, нейрохирурги, травматологи, анестезиологи и другие специалисты. Хочу отметить, что каждый работал на своем месте, очень профессионально и это была превосходная командная работа, благодаря которой даже в самых сложных случаях время «от двери» в операционную до «иглы» было максимально укорочено. С проведением всех анализов операция после прибытия в стационар начиналась через 2-2,5 часа.

Сегодня медицинские объекты, построенные для обслуживания гостей Олимпиады, открыты для жителей Сочи. Существует специальная программа для восстановления санаторно-курортного достояния Сочи. Были пересмотрены границы санаториев, многие из них планируется восстановить. Особое внимание будет уделено развитию санаторно-курортной инфраструктуры, чтобы она была не хуже, чем у ведущих курортов Европы: Чехии, Германии, Австрии и многих других стран. Эта работа будет проводиться совместно с бизнесом на основе государственно-частного партнерства.

Во время Паралимпийских игр оказание медицинской помощи проводилось на самом высоком уровне. У спортсменов диагностировались следующие виды травм: ушибы верхних и нижних конечностей, грудной клетки, травмы головы, сотрясения головного мозга, переломы (от фаланг пальцев до бедренной кости, ключицы). Наиболее тяжелые травмы – ушибы внутренних органов. У других, аккредитованных на Олимпиаде граждан, фиксировались обострения различных хронических заболеваний, бытовые травмы, единичные случаи инфекционных заболеваний (в основном, ОРВИ).

ПОЧЕМУ СОВРЕМЕННОЕ ОБЩЕСТВО НАЗЫВАЕТСЯ ИНФОРМАЦИОННЫМ?

Студентка 2 курса лечебного факультета ***М. Д. Зубарева***
Медицинский университет «Реавиз»
Кафедра гуманитарных дисциплин
Научный руководитель ***к.ф.н., доцент В.В. Жданова***

Целью данной работы стало выявление особенности формирования современного общества.

Вздачи исследования вошел анализ основных этапов эволюции общества, специфики сетевой формы существования современного информационного общества.

Методическую базу исследования составляет структурно-функциональный подход, позволяющий рассмотреть общество как саморазвивающуюся систему.

На рубеже 60-70 годов XX века в развитых странах становится очевидным, что информационные технологии и процессы начинают оказывать существенное влияние на развитие общества. Попытки осмыслить это влияние приводят к зарождению концепции информационного общества – общества, в котором главной ценностью и структурообразующей основой является информация. Такое общество обычно рассматривается как новая ступень эволюции человеческой цивилизации, как новая фаза общественного развития, при которой информационный сектор экономики начинает играть решающую роль в развитии отдельных стран и всего мирового сообщества.

Актуальность данной темы привлекает внимание большого числа ученых и общественных деятелей, и это неудивительно – информационная индустрия продолжает стремительно развиваться, охватывая все новые и новые направления.

Далее предпринята попытка обобщить некоторые взгляды на информационное общество, особенности его формирования, проблемы и перспективы развития. Для этого необходимо рассмотреть исторические предпосылки его возникновения, основные теоретические идеи и концепции. Кроме того, важно проследить современные тенденции развития общества, связанные с широким распространением информационных технологий, что позволит сделать вывод о том, как идет процесс развития информационного общества в настоящее время, и какие последствия эти процессы будут иметь для людей.

РАБОТА ДЕТСКОГО ЦЕНТРА ЗДОРОВЬЯ В Г. КОСТРОМЕ ПО ПРОГРАММЕ «ЗДОРОВАЯ РОССИЯ»

Студентка 1 курса стоматологического факультета ***Н.М. Копачевская***
Кафедра общественного здоровья и здравоохранения
Медицинский университет «Реавиз»
Научный руководитель ***к.м.н., доцент А.В. Чебыкин***

Целью исследования является рассмотрение работы единственного центра здоровья детей в г. Костроме, в которой можно обратиться за консультацией и пройти ряд профилактических обследований в системе ОМС.

Нами проведен анализ деятельности данного центра.

1) *Общее положение о работе центра здоровья для детей.*

Центр здоровья для детей создан в ОГБУЗ «Областная больница Костромского округа №1» на базе детской поликлиники №2 по адресу: г. Кострома, пос. Новый д. 16.Количество детей, проживающих в зоне ответственности данного центра 120 тыс. 638 человек.

Центр располагает лицензиями на следующие виды медицинской деятельности.

√ Педиатрия;

√ сестринское дело в педиатрии;

√ лечебная физкультура и спортивная медицина

2) *Функции центра*

Центр здоровья для детей осуществляет:

- обучение и создание мотивации по вопросам грудного вскармливания и ухода за детьми раннего возраста;
- обучение гигиеническим навыкам;
- выявление факторов риска по развитию заболевания с последующим осуществлением профилактических мероприятий по предупреждению и снижению заболеваемости, профилактике инвалидности;
- осуществляет работу по мотивации детей и их родителей к отказу от вредных привычек;
- осуществляет работу по повышению квалификации в области здорового образа жизни врачей первичного звена здравоохранения.

3) *Оснащение центра*

Центр здоровья для детей оснащен в соответствии с перечнем оборудования, закупаемого для учреждений здравоохранения субъектов Российской Федерации и учреждений здравоохранения муниципальных образований в целях реализации мероприятий, направленных на формирование здорового образа жизни у детей, включая сокращение потребления алкоголя и табака (приложение №2 к приказу Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 16 марта 2010 г. №152н).

4) *Структура центра* здоровья для детей утверждена руководителем ЛПУ, на базе которого организован центр здоровья для детей.

5) *Штатное расписание* центра здоровья для детей разрабатывается на основании приказа Министерства здравоохранения и социального развития РФ №430н от 8 июня 2010г., утверждается главным врачом МУЗ ВГБ и согласовывается с председателем комитета по здравоохранению и фармации администрации г. Костромы.

6) *Контингент для получения медицинских услуг*

Центр здоровья для детей оказывает медицинские услуги детям от 0 до 17 лет включительно. Комплексное обследование ребенка проводится 1 раз в отчетном году и включает в себя обязательный перечень процедур, согласно стандартам, установленным приказом департамента здравоохранения Костромской области №86 от 1 марта 2011.

За период работы ЦЗ отмечается рост детей, направленных образовательными учреждениями: 49% в 2011 году, 73% в 2012 году, 75% в 2013 году и в 2014 году 78%, что свидетельствует об улучшении взаимодействия работы ЦЗ для детей с образовательными учреждениями г. Костромы и Костромской области.

Исходя из наблюдений и статистики, прослеживается тенденция к снижению количества здоровых детей и соответственно увеличение детей с факторами риска развития заболеваний, что может быть связано с увеличением количества детей, направленных образовательными учреждениями, т.е. детей более старшего возраста. Чем старше дети, тем они менее здоровы.

	2011	2012	2013	2014
Здоровые	89%	92%	85%	81%
С факторами риска	11%	8%	15%	19%

Достаточно высок процент детей, имеющих изменения на ЭКГ, биоимпедансметрии, нуждающихся в стоматологическом и(или) ортодонтическом лечении.

Из наблюдения выяснилось, что сведения о детях, у которых выявлено подозрение на заболевание и которым необходимо дальнейшее обследование, передаются врачу-педиатру участковому по месту жительства ребенка для оказания квалифицированной медицинской помощи на ранних стадиях заболевания.

МЕДИЦИНА И КУЛЬТУРА: ДИАЛЕКТИКА ВЗАИМОДЕЙСТВИЙ

Студентка 2 курса лечебного факультета ***Е.А. Лакеева***
Медицинский университет «Реавиз»
Кафедра гуманитарных дисциплин
Научный руководитель ***к.ф.н., доцент В.В. Жданова***

Целью работы стало исследование диалектики взаимодействия медицины и культуры в ходе исторического процесса и определение их места на различных этапах цивилизационного развития.

Во время исследований решались следующие задачи: выделение основного подхода к описанию феномена медицины в системе социокультурных взаимодействий, раскрытие содержания понятия «медицинская культура», прослеживание процесса генезиса и трансформации медицины в историко-культурной динамке традиционного общества.

Современная медицина высокотехнологична. Она получила возможность осуществлять манипуляции с человеком, его жизнью и смертью, что напрямую связало медицину и будущее культуры, создателем которой является человек. Но понимание того, что существует неразрывная связь истории медицины с историей культуры в настоящий момент отсутствует. И поэтому медицина сегодня часто отождествляется с технологией. А это ведет к тому, что врач рассматривается как технологический аппарат, в то время как пациент – это объект технологических манипуляций. Такой узкий подход наносит медицине существенный вред, так как позиционирует её только как сферу ремесла.

Культура и медицина идут рука об руку в процессе своего становления и развития. В качестве предмета исследования и воздействия выступает человек, который показывается с разных позиций и точек зрения. Культура рассматривает его «в целом» как составную часть культурного общества. Медицина же интересуется человеком с точки зрения здоровья и болезни, нормы и патологии.

Можно сделать вывод, что медицина несет в себе знания, сложенные в общий знаменатель, благодаря достижениям духовной и материальной культуры.

ОСНОВНЫЕ ПЕРИОДЫ ТВОРЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ КЛАВДИЯ ГАЛЕНА

Студентка 3 курса ***А.В. Лукъянова***
Медицинский университет «Реавиз»
Кафедра гуманитарных дисциплин
Научный руководитель ***к.ф.н., доцент В.В. Жданова***

Целью данной работы стало исследование вклада Клавдия Галена в изучении медицины и философии, а так же ознакомление с глубокими исследованиями организма животных и человека, которые были для его времени и последующих веков огромным стимулом развития биологической и медицинской науки. нами решались следующие основные задачи: раскрытие работ Клавдия Галена, ознакомление с его опытами и работами и изучение его нововведений. В методы исследования вошли описательный анализ и сопоставление информации из открытых источников.

Прославленный ученый эпохи Древнего Рима Клавдий Гален обладал разносторонними знаниями. Он с юных лет проявлял интерес к познанию человека и окружающей его природы. Медицина и естествознание того времени связаны с его блестящими трудами. Они послужили основой для дальнейшего развития естествознания и врачебной науки. Гален – великий ученый, непревзойденный знаток греческого языка, владевший всеми сокровищами знаний греческой, александрийской и римской медицинских школ, являлся одним из основоположников самостоятельного исследования в биологической науке и пионером замечательных наблюдений, сделанных в изучении строения и функций организма животных и человека. Многочисленные и интересные труды Галена, подкреплен-

ные опытом, сделали его основоположником экспериментальной физиологии. Труды Галена – это взлет прогрессивной мысли, глубокие и трудоемкие исследования организма животных и человека. Они стали для его времени и последующих веков огромным стимулом развития биологической и медицинской наук. В книгах Галена содержится полная энциклопедия медицинских знаний его времени. В течение четырнадцати веков труды Галена были единственным источником анатомических знаний. Величие его достижений сделало его неопровержимым и не подлежащим критике авторитетом.

ЭТИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ ОТЕЧЕСТВЕННОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ: ВЗГЛЯД МОЛОДОГО ВРАЧА (ПО ПРОИЗВЕДЕНИЯМ В.В. ВЕРЕСАЕВА И М.А. БУЛГАКОВА)

Студент 3 курса лечебного факультета ***И.Н. Майданюк***
Медицинский университет «Реавиз»
Кафедра гуманитарных дисциплин
Научный руководитель ***к.и.н., доцент О.А. Рокутова***

Отечественное здравоохранение первой трети XX в. характеризуется комплексом проблем. Особое место среди них занимают этические вопросы, которые и в наши дни остаются актуальными – от их решения во многом зависит развитие здравоохранения. Проблемы такого плана нашли художественное отражение в литературном творчестве врачей В.В. Вересаева и М.А. Булгакова.

В книге В.В. Вересаева «Записки врача» (1892 – 1900 гг.) показан опыт работы молодого врача. Автор, анализируя с этической точки зрения различные аспекты медицины того времени, приходит к следующим заключениям.

1. Медицина есть наука о лечении одних лишь богатых и свободных людей, т.е. поставлен вопрос о справедливости распределения ресурсов здравоохранения.

2. «Опыт врача – помощь в его работе», т.е. теоретическая подготовка нуждается в подкреплении многолетней практикой.

3. «Только врач, не имеющий ни капли совести, может позволить себе пользоваться теми правами, которые дает ему диплом», т.е. наличие диплома не означает, что человек – врач. Обязательным условием становится активная работа над собой.

4. «Главный закон врачевания – не навреди».

5. «Долг врача – быть человеколюбивым и, во всяком случае, готовым к оказанию деятельной помощи всякого звания людям, болезнями одержимыми».

В 1925 г. вышли в свет «Записки юного врача» М.А. Булгакова. В своих рассказах автор доносит до читателя следующие мысли.

1. «Жизнь человека бесценна».

2. «Хороший доктор – думающий доктор».

3. «Уныние врача – боль народа». В руках у врача – жизнь людей, и он не вправе опускать руки.

4. «Жизнь врача – жизнь для народа». Врач постоянно думает о больных, о тех, кого он спас и о тех, кого не удалось спасти. Врач всегда должен быть готов помочь людям.

5. «Правдивый врач – врач, которому доверяют».

Изучение опыта работы молодых врачей, представленного в рассмотренных произведениях, позволяет увидеть не только подвиг врача, несущего помощь страждущим и просвещение народу. Перед читателем предстают трудности, связанные с осуществлением морального и нравственного выбора, с принятием ответственности за работу врача.

ИСТОРИЯ РАЗВИТИЯ ДЕНТАЛЬНОЙ ИМПЛАНТОЛОГИИ

Студентка 1 курса стоматологического факультета ***Е.Г. Митюгова***
Кафедра общественного здоровья и здравоохранения
Медицинский университет «Реавиз»
Научный руководитель ***к.м.н., доцент А.В. Чебыкин***

Целью нашего исследования стало рассмотрение вопроса исторического становления дентальной имплантологии.

Имплантология – самая молодая ветвь в стоматологии, несмотря на то, что имплантацию начали применять в древних цивилизациях. В качестве имплантатов использовали натуральные зубы животных, зубы бедняков, зубы умерших, искусственные зубы из камней, слоновой кости или драгоценных металлов. Но у всех этих способов существовали весомые недостатки. В качестве крепёжного материала использовались детали из кожи и шёлка, и искусственные зубы слабо держались в челюстях. Никто не знал, как прикрепить имплантат. Пересаженные зубы со временем начинали гнить и разрушаться, что неизбежно вело к возникновению заболеваний десен, соседних зубов. А так как асептики и антисептики в то время практически отсутствовали, это зачастую приводило и к инфекционному заражению.

Таким образом, с XVIII века история дентальной имплантологии приостановилась. И только лишь в начале XX века про нее вспомнили вновь, и началось активное изучение и применение на практике различных методов имплантологии.

Истрию дентальной имплантологии условно можно разделить на несколько этапов.

1. Античный период (1000 до Р.Х.) – в Африке, Америке, на Ближнем Востоке происходят первые попытки имплантации, пересадка зубов животных, мертвых людей.

2. Средневековый период (1000-1800 после Р.Х.) – распространена пересадка зубов от бедных людей богатым, чем занимались цирюльники. В 1774 году французский стоматолог Дюбуа де Шеман разработал и запатентовал фарфоровые протезы.

3. Фундаментальный период (1800-1900) – применяется внутрикостный имплантат для замещения отсутствующего зуба, применяемые материалы - дерево, различные металлы, фарфор. Предложен способ фиксации искусственной коронки к имплантату с помощью винта. В 1808 году итальянский стоматолог Г. Фонци изобрел одиночный фарфоровый зуб, который закреплялся при помощи

платинового штифта. В 1809 году Мажилио применил имплантат из золота. В 1888 году Берри разрабатывает принцип совместимости. В 1839 году – изобретение и применение вулканизированной резины для фиксации искусственного зуба.

4. Премодерновый период. В 1910-1930 годах Пейн применил боры для правильного формирования костной поверхности и после этого ставил золотой имплантат. Появились антисептики, что значительно снизило риск инфицирования операционных ран. В 1964-1967 годах Линков изобрел пластиночную конструкцию имплантата с отверстиями, применив непрямой костный контакт. С 1965 по 1975 год было произведено более 300 000 дентальных имплантаций.

5. Современный период (с 1978 года). В 50-х годах ученый-стоматолог Бренемарк изобрел имплантат в его современном представлении – металлический стержень, выполняющий роль искусственного «корня», на котором держится зубной протез.

В нашей стране челюстно-лицевые хирурги начали применять на практике дентальную имплантологию лишь в начале 80-х годов после появления приказа Минздрава СССР от 04.03.1986 г. № 310 «О мерах по внедрению в практику метода ортопедического лечения с использованием имплантатов».

В это же время была открыта первая Экспериментальная лаборатория зубной имплантации и протезирования. Появились первые отечественные имплантаты и инструменты.

Дентальная имплантология – современное медицинское направление в стоматологии, находящееся на стыке двух специальностей – материаловедения и биологии. Все достигнутое в имплантологии было добыто тяжелым трудом предшественников и немалыми страданиями больных, но, тем не менее, бурное развитие этой специальности продолжается.

В последние годы мы наблюдаем грандиозный прорыв в развитии имплантологии. Стоматологические имплантаты применяются практически во всех регионах нашей страны, по вопросам имплантации пишут научные работы, проходят конференции, выпускаются специализированные журналы, книги и атласы.

ИСТОРИЯ СТАНОВЛЕНИЯ МЕДИЦИНСКОГО КОЛЛЕДЖА в г. БУЗУЛУКЕ

Студентка 1 курса лечебного факультета ***В.В. Носова***
Кафедра общественного здоровья и здравоохранения
Медицинский университет «Реавиз»
Научный руководитель ***к.м.н., доцент А.В. Чебыкин***

Люди в белых халатах сопровождают человека всю его жизнь, от первого детского крика до последнего вздоха, и, в первую очередь, в обоих случаях на помощь приходят медицинские работники.

«..Может организовать свою кузницу кадров в белых халатах? А почему бы и нет? Давайте действовать…», – с этих волшебных фраз зарождалась новая жизнь. Жизнь не человеческая, а общеобразовательная, но имеющая душу.

Медицинское училище в городе Бузулуке Оренбургской области было открыто на основании решения Бузулукского Городского совета народных депутатов 17 августа 1961 года. В соответствии приказа областного здравотдела от 19 сентября 1961 года, директором был назначен выпускник оренбургского медицинского института, двадцатичетырехлетний врач-хирург Мясников Юрий Александрович, который считал своим долгом вернуться в свой родной город и начать благое дело, который за годы работы зарекомендовал себя умелым организатором учебно-воспитательного процесса и талантливым руководителем.

С самого начала образования училища и до 2012 года Юрий Александрович и училище были одним целым. Вместе с ним этот нелегкий путь начинал и коллектив из одиннадцати человек. В это число входила молодая супруга Юрия Александровича – Валентина Владимировна.

В здании бывшей противотуберкулезной больницы всё и началось. Вместо аудиторий – палаты, отопление – печное, удобства – во дворе, нет элементарных условий для учебы и быта. Но – начали… Три аудитории: бухгалтерия, библиотека и учительская, которая совмещена с кабинетом директора.

Первый набор – шестьдесят человек на одно единственное отделение «Лечебное дело». Позже, в 1964 году училище перевели в здание Межрайонной поликлиники на 2 и 3 этажи. На втором этаже располагались две аудитории: кабинет директора и библиотека. На третьем этаже – кабинеты анатомии, фармакологии, физики, истории и химии. Открыли новые отделения «Сестринское дело», «Акушерское дело», и количество учащихся уже составило 360 человек! Обучение проходило в три смены. В 1965 – 1966 годах был построен пристрой – спортзал. С открытием новых специальностей укреплялась материальная база. Коллектив преподавателей тоже стал пополняться удивительными, увлеченными, высококвалифицированными людьми. И невольно понимаешь, что благодаря им в учебном заведении создана атмосфера учебного заведения. Они работали не по долгу, а по велению сердца. Самозабвенно, понимая огромную ответственность за судьбу своих выпускников. Это не труд, это вся их жизнь без грани между личным и общественным. В здании поликлиники студенты обучались 19 лет. В 1980 году произошло знаменательное событие – училище перешло в свое собственное здание, которое строили сами: студенческий трудовой отряд в количестве тридцати человек, педагоги и лаборанты во главе с директором. Стройка длилась долгожданных два года, но и на этом не остановились. Этими же силами возвели актовый зал, двухэтажный пристрой.

В 1999 году Бузулукское медучилище, одним из первых среди медицинских учебных заведений в области, получило статус колледжа. Сегодня в нем насчитывается 27 учебных аудиторий, оснащенных современным оборудованием, техническими средствами обучения и контроля. Учебная и производственная практики проходят на 11 районных и 4 городских базах практики. В колледже работают курсы по переподготовке специалистов «Сестринского дела» на «Лечебное дело», осуществляется программа непрерывного обучения. За 50 лет

медицинский колледж подготовил более 10 000 специалистов, более тысячи выпускников получили диплом «С отличием!». Большинство из них продолжили учебу в высших учебных заведениях.

Сегодня Бузулукский медицинский колледж – кузница медицинских кадров среднего звена российского здравоохранения. Это современное инновационное образовательное учреждение с коллективом сотрудников и студентов, чьими руками, талантами и интеллектом пишется новейшая история.

СВЯЗЬ АНГЛИЙСКОГО И ЛАТИНСКОГО ЯЗЫКОВ В МЕДИЦИНСКОЙ ТЕРМИНОЛОГИИ

Студенты 1 курса лечебного факультета ***Ю.П. Полякова, А.А. Татаренкова***
Кафедра гуманитарных дисциплин
Медицинский университет «Реавиз»
Научный руководитель ***ст. преподаватель В.А. Шуваева***

В медицинских вузах студенты разных специальностей знакомятся с латинской терминологией, изучая дисциплину «Латинский язык с медицинской терминологией». Эти знания необходимы для последующего применения при изучении различных профильных дисциплин, главной из которых является «Анатомия и физиология человека», «Фармакология», «Фармакогнозия». На семинарских занятиях по «Английскому языку» мы также изучаем медицинскую терминологию в различных областях медицины. Я хочу отметить, что при изучении тем «Человек», «Части тела», «Внутренние органы», «Лекарственные растения», «Медицинские средства и препараты» мы пользуемся английской терминологией, имеющей латинские корни.

В основном английская медицинская лексика сохраняет латинские корни. Изучая тему «Внутренние органы человека», мы смогли применить свои знания по «Анатомии и физиологии человека», а также по дисциплине «Латинский язык с основами латинской терминологии».

Такие термины, как abdomen, esophagus, pancreas не вызывают трудностей при переводе с английского языка на русский. Они позволяют быстро и точно понять содержание текста, получить нужную информацию. Знакомая терминология повышает мотивацию к изучению дисциплины «Иностранный язык», придает нам уверенность при выполнении заданий. При изучении медицинских тем на семинарах мы начинаем чувствовать себя будущими медицинскими работниками.

Выполняя задания по теме «Части тела человека» и «Скелет», мы находим многочисленные случаи употребления латинской терминологии или однокоренных слов. Это достаточно малая часть терминологии, которую мы встречаем в оригинальной англоязычной профессиональной медицинской литературе. Изучая эти термины и совершенствуя свои знания, мы получаем возможность употреблять их во всех видах речи. Для нас не являются трудными и непонятными тексты в оригинале, задания и решения медицинских задач.

Конечно, при работе с текстом в оригинале по профильной тематике нельзя полностью полагаться только на знания анатомии латинского языка. Английский язык имеет очень широкую сферу применения во многих областях, и латинская специальная лексика его очень обогатила.

В английском языке также существует группа лексических единиц, которые очень часто используются в профессиональном медицинском английском языке. Эти слова обозначают части тела человека, внутренние органы, а также используются термины, относящиеся к лечению пациентов и по сестринскому уходу. Их образование, правописание и произношение не имеют ничего общего с греко-латинской терминологией.

Большое количество профильной лексики применяется в анатомической терминологии, физиологии человека, фармации. Так сложилось исторически, что в данных медицинских профилях всегда употреблялась только латинская терминология. Это было известно давно, так как обучение медицине в европейских университетах в средние века велось на латинском языке. Позже преподавание на других факультетах стало вестись в разных странах на национальных языках. Но такие области науки как биология, медицина, анатомия, фармация изучались на латинском языке, и латинская терминология в них присутствует и в настоящее время.

ФИЛОСОФИЯ БУНТА АЛЬБЕРТА КАМЮ

Студент 3 курса стоматологического факультета ***А.Ю. Токарев***
Медицинский университет «Реавиз»
Кафедра гуманитарных дисциплин
Научный руководитель ***к.ф.н., доцент В.В. Жданова***

Целью исследования стало изучение вклада Альберта Камю в научную психологию человека, ознакомление с анатомией бунта человека, смысла борьбы и восстания.

Религиозную веру Камю считал замутнением ясности видения и неоправданным «скачком», примиряющим человека с бессмыслицей существования. Христианство примиряет со страданиями и смертью («смерть, где жало твое»), но все доказательства существования трансцендентного порядка сомнительны. Унаследовав от картезианства идеал ясности и отчетливости мышления, Камю отвергал онтологический аргумент – из наличии у нас идеи Бога нам не вывести его существования. «У абсурда куда больше общего со здравым смыслом, – писал Камю в 1943 г. - Абсурд связан с ностальгией, тоской по потерянному раю. Без нее нет и абсурда. Из наличия этой ностальгии нам не вывести самого потерянного рая». Требования ясности видения означает честность пред самим собой, отсутствие всяких уловок, отказ от примирения, верность непосредственному, опыту, в который нельзя ничего привносить сверх данного.

«Бунтующий человек» – это история идеи бунта, метафизического и политического, против несправедливости человеческого удела. Если первым вопросом

«Мифа о Сизифе» был вопрос о допустимости самоубийства, то эта работа начинается с вопроса справедливости убийства. Люди во все времена убивали друг друга – это истина факта. Тот, кто убивает в порыве страсти, предстает пред судом, иногда отправляется на гильотину. Но сегодня подлинную угрозу представляют не эти преступные одиночки, а государственные чиновники, хладнокровно отправляющие на смерть миллионы людей, оправдывающие массовые убийства интересами нации, государственной безопасности, прогресса человечества, логикой истории.

Человек XX века оказался перед лицом тоталитарных идеологий, служащих оправданием убийства. Еще Паскаль в «Провинциальных письмах» возмущался казуистикой иезуитов, разрешавших убийство вопреки христианской заповеди. Безусловно, все церкви благословляли войны, казнили еретиков, но каждый христианин все-таки знал, что на скрижалях начертано «не убий», что убийство - тягчайший грех. На скрижалях нашего века написано: «Убивай». Камю в «Бунтующем человеке» прослеживает генеалогию этой максимы современной идеологии. Проблема заключается в том, что сами эти идеологии родились из идеи бунта, преобразившейся в нигилистское «все дозволено».

Камю – великий писатель и философ, осмелившийся идти против мнения большинства. Он раскрыл сущность человеческого восстания, показал бессмысленность защиты старого, если есть пути к развитию человека, а также доказавший, что бунт может нести и положительные качества.

КОНЦЕПЦИЯ РАЗВИТИЯ НАУЧНОГО ЗНАНИЯ К. ПОППЕРА

Студентка 2 курса лечебного факультета ***К.В. Ченцова***
Медицинский университет «Реавиз»
Кафедра гуманитарных дисциплин
Научный руководитель ***к.ф.н., доцент, В.В. Жданова***

Целью работы стала необходимость выявить степень актуальности концепции Карла Поппера для современной научной мысли и практики.

Нами решались следующие основные задачи: изучить два класса в науке, которые выделял Поппер, рассмотреть взгляды К. Поппера на рост знания и основные его требования к росту научного знания, рассмотреть принцип фальсификации К. Поппера.

Методами исследования явились описательный анализ и сопоставление информации из открытых источников. Вопросы философии развития науки рассматривались и рассматриваются многими учеными и научными направлениями, но определенный интерес в современных условиях представляют взгляды такого известного представителя постпозитивизма как Карл Поппер.

Сэр Карл Рэймонд Поппер – австрийский и британский философ и социолог, который стоит в ряду наиболее влиятельных философов науки XX столетия. Ему

принадлежат труды по социальной и политической философии. Он наиболее известен критикой классического понятия научного метода, а также энергичной защитой демократии и принципов социального критицизма, которых он предлагал придерживаться, чтобы сделать возможным процветание открытого общества.

К. Поппер говорил о фальсифицируемости как критерии демаркации научного знания, что научными объяснения можно считать лишь «объяснения в терминах проверяемых и фальсифицируемых универсальных законов». Теория не может считаться научной, если нет возможности ее проверить опытным путем. Поппер критически настроен по отношению к пониманию научной теории как индуктивного вывода из ряда экспериментально проверенных фактов.

Проанализировав разные аспекты концепции научного знания Карла Поппера, мы видим, что существование в условиях открытого общества предполагает не поиск положительных оснований (они ведут к ограничению свободы, хотя в действительности их не существует), а решение проблемы поиска предпочтений в конкретных ситуациях. Безусловно, социальная методология теоретика «открытого общества» не абсолютна. В частности, она с трудом воспринимает значение традиций, вообще исторического наследия. Впрочем, машина, предназначенная для обработки дерева, не всегда способна обработать металл. Логический метод Карла Поппера принимает неизбежность границ, за которыми необходим поиск новых решений.

ПАЦИЕНТ КАК СУБЪЕКТ МЕДИЦИНСКИХ ПРАВООТНОШЕНИЙ

К.ю.н., доцент Н.К. Елина
Кафедра гуманитарных дисциплин
Медицинский университет «Реавиз»

Здоровье человека - это социально значимый феномен, по уровню и состоянию которого принято судить о степени развития и благополучия общества. Ведь здоровье населения или общественное здоровье складывается из здоровья каждого индивида. Здоровье достигается путем постоянных усилий всех государственных и общественных структур, граждан, участвующих в общественном процессе.

Содержание права на медицинскую помощь должно быть реализовано через правовые возможности гражданина. Каждый гражданин согласно законодательству должен получить медицинскую помощь, соответствующую современным требованиям к ее качеству, эффективности и безопасности.

Лица, участвующие в правоотношениях, наделены значительным комплексом прав, что свидетельствует об особом положении этих лиц. Иметь право - это еще не означает реализовать его в полной мере.

Законодатель определяет единые права каждому гражданину в сфере охраны здоровья, а так же закрепляет особые правила на охрану здоровья некоторых категорий граждан (военнослужащие, лица заключенные под стражу, лица, страдающие социально значимыми заболеваниями, лица, страдающие редкими

заболеваниями, лица, страдающие заболеваниями, представляющими опасность для окружающих и др.). Поэтому следует классифицировать пациентов, для более полного определения их особенностей, как субъектов правоотношений.

При получении медицинской помощи (услуги) гражданин как участник правоотношений имеет право получать медицинскую помощь (услугу) под своим именем или анонимно (без имени).

Если основанием взять принадлежность пациента государству, то можно выделить:

- гражданин России;
- иностранный гражданин;
- лицо без гражданства (апатрид);
- лицо с двойным гражданством (бипатрид);
- беженцы;
- переселенцы.

Если в качестве критерия взять участие в правоотношениях по осуществлению медицинской деятельности, то пациенты как субъекты могут быть выделить в следующие группы:

- заказчики медицинской услуги;
- третье(и) лицо(а);
- заинтересованное(ые) лицо(а).

ТЕОРИЯ ПОЗНАНИЯ

К.ф.н., доцент В.В. Жданова
Медицинский университет «Реавиз»
Кафедра гуманитарных дисциплин

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 сгруппировались в два противоположных направления. Первое – трансцендентальный эмпиризм, который утверждает, что знание о внешнем мире можно построить сполна или, главным образом, из состояний, возникающих 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 следствие 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, представители которого 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 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.

КОМПЬЮТЕРНЫЕ ГЛАГОЛЫ В ЯЗЫКЕ МОЛОДЕЖИ

К.ф.н., доцент И.Б. Ирлицына
Кафедра гуманитарных дисциплин
Медицинский университет «Реавиз»

Компьютерная лексика в наше время – активно развивающаяся динамическая система, что обусловлено необычайно быстрым развитием компьютерных технологий. Массовое вторжение на отечественный рынок персональных компьютеров внесло в язык огромное количество особых слов и выражений. Как в любом профессиональном языке, в среде людей, связанных с компьютером существуют и неофициальные обозначения тех или иных понятий, которые можно назвать профессиональным жаргоном. Отметим, что в настоящее время именно молодежь, прежде всего, активно пользуется компьютером (поиск информации в Интернете, общение в соцсетях, увлечение разными компьютерными играми и т.д). Поэтому не удивительно, что в молодежный язык проникают слова из компьютерного жаргона, особенно часто глаголы.

Цель настоящего исследования заключается в анализе компьютерных глаголов в языке молодежи: 1) по происхождению; 2) по тематическому составу.

По происхождению компьютерные заимствования неоднородны. Выделяется два типа глаголов.

а) Глаголы английского происхождения, которые уже имеют обозначения данного явления в русском языке. Грамматическое освоение заимствований сопровождается словообразовательной русификацией: наиболее частотны суффиксы: -а,-и (кликать – от to click «щелкать мышкой», засейвить – от to save «сохранить»).

Ряд глаголов образуется в рамках молодежного языка, как правило, от английских существительных: зиповать – установить программу «Zip» (от Zip – программа архивации). В данной группе имеются глаголы, являющиеся межстилевыми омонимами: ср. запутать (литературное) – сделать неясным, сбить с толку (МАС-2,т.1,с.563) и запутать (молодежное) – записать на диск (от англ. to put).

Б. Собственно русские глаголы (тормозить – крайне медленно работать, о программе или компьютере, резать – удалять информацию с диска и др.). Молодежным жаргоном они заимствуются из компьютерного, в который, в свою очередь, пришли из литературного языка.

Тематически компьютерные заимствования представлены следующими группами.

1. Глаголы, обозначающие действия, связанные с работой на компьютере (возить – перемещать курсор на экране с помощью манипулятора «мышь», дернуть – скопировать что-либо).

2. Глаголы, обозначающие развлечения, способы (гамить – играть в компьютерные игры, зафрендить – подружиться по Интернету).

3. Глаголы, называющие действия, связанные с процессом нарушения нормального функционирования компьютера (зависнуть, упасть – прекратить работать по какой-то причине, вылететь – отключиться от сети в процессе общения по ICQ).

Заимствования из компьютерного жаргона продолжают активно пополнять язык современной молодежи.

ОХРАНА ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ В 1941–1950 гг. РЕГИОНАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ

К.и.н., доцент О.А. Рокутова

Медицинский университет «Реавиз»

Кафедра гуманитарных дисциплин

Охрана здоровья детей в 1941-1950 гг. на территории Куйбышевской и Ульяновской областей представляла систему лечебно-профилактической работы, значительная часть которой осуществлялась в детских учреждениях.

В 1941-1945 гг. масштабы детской заболеваемости приняли угрожающие размеры. Детская смертность в сельской местности возросла с 17,1% в 1941 г. до 27,4% в 1942 г. Среди эвакуированных летом 1942 г. в Куйбышевскую область детей-сирот 80% получили диагнозы цинги и дистрофии. Эффективность лечения и реабилитации во многом зависела от количества детских поликлиник, больниц, консультаций в регионе. В 1942 г. на территории двух областей работали 8 больниц и поликлиник для детей, а в 1947 г. – 12, а также 34 детских консультации. Таким образом, в 1940-е гг. в обеих областях удалось сохранить и увеличить существующую сеть лечебных учреждений.

Проблема дефицита детских врачей и среднего медперсонала решалась за счет распространения практики совместительства, увеличения числа детей, прикрепленных к врачебным участкам, организации шефства медработников над детскими учреждениями и т.д. Однако в 1947 г. так и не удалось достичь довоенного уровня укомплектованности: в 1941 г. на территории обеих областей работали 189 педиатров, в 1947 г. – 117.

Для лечения и реабилитации детского туберкулеза действовали лесные школы, детские сады и детские дома санаторного типа, а также санаторные группы. Ко-

личество таких учреждений в исследуемом регионе резко увеличилось в период с 1942 г. по 1945 г., а к 1950 г. их число (14) осталось практически неизменным. К концу сороковых годов в Куйбышевской области действовали 4 детских санатория, такое же количество работало и в Ульяновской области.

Своеобразным показателем эффективности лечебно-профилактической работы с детьми являются демографические данные. В исследуемом регионе в период с 1941 г. по 1950 г. рождаемость сократилась примерно в три раза. Детская смертность, пик которой пришелся на 1942 г., сократилась к 1945 г. в три раза. В годы первой послевоенной пятилетки ее довольно высокий уровень в регионе оставался стабильным, и лишь с середины пятидесятых годов обозначилось резкое снижение детской смертности.

Секция 2.
ФУНДАМЕНТАЛЬНЫЕ МЕДИКО-БИОЛОГИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

ПОВЕДЕНЧЕСКИЕ ЭФФЕКТЫ ВАЗОПРЕССИНА И ОКСИТОЦИНА В МОДЕЛЬНЫХ ЭКСПЕРИМЕНТАХ НА КРЫСАХ

Магистр 2 курса ***М.А. Азова***
Кафедра физиологии человека и животных
ФГБОУ ВПО «Самарский государственный университет»
Научный руководитель ***к.б.н., доцент В.И. Беляков***

Цель настоящего исследования заключалась в изучении влияния вазопрессина (ВП) и окситоцина (ОТ) на различные компоненты поведения лабораторных крыс в различных тестовых заданиях.

Для достижения цели нами были поставлены следующие задачи.

1. Оценить влияние ВП и ОТ на характер ориентировочно-исследовательского поведения и уровень тревожности крыс в тесте «Открытое поле».
2. Проанализировать влияние ВП и ОТ на уровень тревожности крыс в тестах «Приподнятый крестообразный лабиринт» и «Черно-белая камера».
3. Сравнить особенности влияния ВП и ОТ на память крыс в тесте «Сложный лабиринт».
4. Исследовать влияние ВП на характер питьевого поведения крыс.

В работе установлено, что хроническое введение животным ВП и ОТ модулировало поведенческие реакции белых крыс в различных тестовых заданиях. Под влиянием ВП происходило усиление вертикальной двигательной активности в сочетании с угнетением исследовательской активности и возрастанием уровня тревожности. ОТ, напротив, обеспечивал уменьшение интенсивности различных видов двигательной активности и существенным образом не влиял на исследовательское поведение и уровень тревожности.

В тестах «Приподнятый крестообразный лабиринт» и «Черно-белая камера» действие ВП и ОТ обеспечивало усиление тревожного состояния крыс, которое в большей степени проявлялось в случае применения первого препарата.

Используемые гормональные вещества оказали различное влияние на пищедобывательное поведение крыс в тесте «Сложный лабиринт». Под действием ВП происходило увеличение времени нахождения пищевой приманки, что свидетельствует об ухудшении функции памяти. ОТ, напротив, в данных условиях обеспечивал усиление функции памяти. Введение ВП вызывало снижение активности питьевого поведения у крыс.

В работе обсуждаются физиологические механизмы поведенческих перестроек в результате изменения активности вазопрессин- и окситоцинергической систем.

РОЛЬ ОКСИДА АЗОТА В РЕГУЛЯЦИИ КРОВООБРАЩЕНИЯ

Студент 2 курса лечебного факультета ***И.В. Алексеев***
Кафедра медико-биологических дисциплин
Медицинский университет «Реавиз»
Научный руководитель ***к.б.н., доцент Т.С. Кириязи***

Оксид азота играет особую роль в деятельности системы кровообращения. Один из важных физиологических процессов, который происходит с участием NO – это регуляция артериального давления. На протяжении почти столетия врачи использовали нитроглицерин для расслабления сосудов и увеличения скорости кровотока, особенно при лечении стенокардии, но сравнительно недавно было установлено, что физиологический эффект нитроглицерина опосредован NO.

Оксид азота в клетках эндотелия синтезирует III типом NOS. Продукция эндотелиальной синтазы оксида азота контролируется как долговременно посредством увеличения уровня экспрессии, так и кратковременно посредством регуляции активности фермента. Как показали ряд исследований, базальный синтез и выделение оксида азота играют важную роль в поддержании дилататорного тонуса артериальных (в гораздо меньшей степени – венозных) сосудов. Снижение синтеза оксида азота или ускорение его распада приводят к преобладанию констрикторных сосудистых реакций над дилататорными, вплоть до развития ангиоспазма. Такая ситуация наблюдается при различных формах артериальной гипертензии.

Таким образом, учитывая значительную роль оксида азота в функционировании сердечно-сосудистой системы, несомненный научный и практический интерес представляет разработка методов поддержания его физиологической концентрации и регулирования синтеза.

ОСОБЕННОСТИ МОДУЛИРУЮЩЕГО ВЛИЯНИЯ НЕЙРОПЕПТИДА Y НА ПОВЕДЕНИЕ БЕЛЫХ КРЫС

Студенты 5 курса лечебного факультета ***И.А. Грибанов, С.А. Шляпников***
Кафедра медико-биологических дисциплин
Медицинский университет «Реавиз»
Научный руководитель ***к.б.н., доцент В.И. Беляков***

Нейропептид Y является одним из наиболее распространенных пептидных регуляторов физиологических функций организма. Наряду с грелином, соматолиберином и другими биологически активными веществами нейропептид Y относится к числу орексигенных (повышающих аппетит) веществ. Имеются данные об участии нейропептида Y в модуляции иммунных функций, остеогенеза, а также в дифференцировке адипотоцитов жировой ткани (Dimitrijević M., Stanojević S., 2011; Khor E.C., Baldock P., 2012; Shi Y.C., Baldock P.A., 2012). Среди центральных эффектов описано участие нейропептида Y в регуляции пищевого поведения, терморегуляции, эмоций страха и беспокойства (Bowers M.E.

et al., 2012; Higuchi H., 2012). Установлена роль данного пептида в регуляции активности симпатических и парасимпатических механизмов и контроле артериального давления (Yada T. et al., 2012).

В настоящем модельном эксперименте на белых крысах-самцах изучены поведенческие эффекты нейропептида Y (Sigma, USA) в тестах «Открытое поле», «Приподнятый крестообразный лабиринт», «Чёрно-белая камера» и «Радиальный лабиринт». Введение исследуемого вещества в объеме 10 мкл осуществлялось интраназально в концентрации 10-5 М при помощи автоматической микропипетки. В контрольной группе животным аналогичным способом вводили 10 мкл воды для инъекций. Компоненты поведения (горизонтальная и вертикальная двигательная активность, исследовательская активность, уровень вегетативного напряжения и тревожности) оценивали в исходном состоянии и через 15-20 минут после введения вещества. Содержание животных и процедура эксперимента соответствовали Правилам лабораторной практики в РФ и директивам Европейской Конвенции по защите позвоночных животных (Strasbourg, 1986).

Установлено, что используемая концентрация нейропептида Y эффективно модулировала уровень двигательной и исследовательской активности, выраженность тревожности, а также пищепоискового поведения животных. В работе обсуждаются возможные механизмы поведенческих эффектов нейропептида Y.

ЗНАЧЕНИЕ НОРАДРЕНАЛИН- И ГЛУТАМАТЕРГИЧЕСКИХ СТРУКТУР ФАСТИГИАЛЬНОГО ЯДРА МОЗЖЕЧКА В РЕГУЛЯЦИИ ДЫХАНИЯ

Магистр 1 курса ***В.С. Гончарова****, магистр 2 курса* ***Л.Е. Малеева***
Кафедра физиологии человека и животных
ФГБОУ ВПО «Самарский государственный университет»
Научный руководитель ***к.б.н., доцент В.И. Беляков***

В настоящем исследовании в острых опытах на крысах изучены нейрохимические (норадреналин- и глутаматергические) механизмы участия фастигиального ядра мозжечка в регуляции дыхания. Содержание животных и все этапы экспериментов соответствовали Правилам лабораторной практики в РФ и директивам Европейской Конвенции по защите позвоночных животных (Strasbourg, 1986). Результаты исследования статистически и графически обработаны в программе SigmaStat.

В результате проведённого исследования отмечено, что активация адренорецепторов фастигиального ядра мозжечка вызывала перестройки установившегося во время наркотизации паттерна дыхания и электроактивности инспираторных мышц. Среди дыхательных реакций доминировали активирующие влияния, о чём свидетельствовало увеличение дыхательного объёма, частоты дыхания, скорости возникновения залповой активности инспираторных мышц.

Локальные воздействия глутамата на фастигиальное ядро мозжечка вызывают увеличение вентиляции легких и усиление электрической активности инспира-

торных мышц. Основной вклад в отмеченные перестройки вносит изменение частотно-временных показателей дыхания и активности инспираторных мышц.

В работе обсуждаются возможные рецепторные механизмы проявления респираторной активности норадреналина и глутамата на уровне фастигиального ядра мозжечка. Кроме того, раскрывается функциональная значимость включения норадренергической и глутаматергической систем в общую схему регуляции деятельности дыхательного центра.

УСПЕХИ ПРОГРАММ ПО ЛИКВИДАЦИИ МАЛЯРИИ

Студент 1 курса стоматологического факультета ***А.Р. Джураев***
Кафедра естественнонаучных дисциплин
Медицинский университет «Реавиз»
Научный руководитель ***к.б.н., доцент Е.В. Антипов***

В настоящее время многие страны и региональные группы ставят перед собой амбициозные цели по ликвидации малярии, последней из которых стала декларация, принятая на Саммите Восточной Азии, о ликвидации малярии в Азиатско-Тихоокеанском регионе к 2030 году. Путь к достижению статуса страны, свободной от малярии, включает четыре различных программных этапа: борьба, предварительная ликвидация, ликвидация и предотвращение повторного возникновения. На этапе ликвидации малярия более не считается существенной проблемой общественного здравоохранения, и программы скорее ориентированы на сокращение передачи малярии в нескольких конкретных регионах.

Цель исследования: на основе анализа информационных данных ВОЗ выявить успехи международного сообщества по ликвидации малярии в разных странах мира.

Результатом выполнения программ ликвидации малярии стали следующие успехи: в 2013 году две страны впервые сообщили об отсутствии местных случаев заболевания (Азербайджан и Шри-Ланка), а в одиннадцати странах количество случаев заболевания продолжало оставаться нулевым (Аргентина, Армения, Египет, Грузия, Ирак, Кыргызстан, Марокко, Оман, Парагвай, Узбекистан и Туркменистан). Еще четыре страны сообщили менее чем о 10 ежегодных местных случаях заболевания (Алжир, Кабо-Верде, Коста-Рика и Сальвадор).

По данным «Всемирного доклада о малярии 2014 года», число людей, умирающих от малярии, значительно уменьшилось за последние 13 лет, число случаев заболевания малярией также продолжает снижаться.

С 2000 г. по 2013 г. смертность от малярии снизилась на 47% в мире и на 54% в Африканском регионе ВОЗ, на который приходится около 90% случаев смерти от малярии. В Африке югу от Сахары число инфицированных людей уменьшилось со 173 миллионов в 2000 году до 128 миллионов в 2013 году.

Также значительно расширился доступ к обработанным инсектицидом надкроватным сеткам. В 2013 году почти 50% всех людей, подвергающихся риску в Аф-

рике к югу от Сахары, имели доступ к обработанным инсектицидом сеткам, что значительно превышает всего лишь 3% в 2004 году.

Таким образом, в глобальных масштабах все большее число стран продвигаются на пути к полной ликвидации малярии.

ИЗУЧЕНИЕ БИОГЕННЫХ КОМПЛЕКСОВ ТОКСИЧНЫХ МЕТАЛЛОВ ФИЗИКО-ХИМИЧЕСКИМИ МЕТОДАМИ

Аспирант ИОНХ РАН ***В.А. Ильин****,*
студентка 2 курса стоматологического факультета ***М.Н. Глазкова,***
Ст. преподаватель Медицинского университета «Реавиз», ***к.х.н. А.В. Сафонов,***
Кафедра естественных дисциплин
Медицинский университет «Реавиз»
Научные руководители: ***к.х.н. К.Э. Герман****,* ***д.ф.-м.н. В.П. Тарасов***

Загрязнение водоносных горизонтов радиоактивными и токсичными соединениями металлов является серьезной экологической проблемой, поскольку они способны включатся и накапливаться в пищевые цепи, попадая в организм человека. Наибольшую опасность представляют ряд металлов в высших степенях окисления (U+6, Np+5, Tc+7, Cr+6) и радиоактивные продукты деления (Cs, Co, Sr), которые могут вызывать серьезные повреждения органических молекул, в первую очередь биополимеров ДНК и белков за счет радиационных процессов. В высших степенях окисления металлы являются наиболее мобильными и, следовательно, повышается вероятность перорального попадания в организм и миграции по кровотоку.

Цель данной работы заключается в изучении структуры и свойств биогенных комплексов металлов рядом современных физико-химических методов для оценки особенностей их миграции и иммобилизации и подбора современных сорбентов и антидотов.

В данной работе используется ряд физико-химических методов (ЯМР, ЭПР-спектроскопия, EXAFS, XANES, рентгено-структурный анализ, электронная просвечивающая и сканирующая микроскопия, малоугловое рентгеновское рассеивание.

Методы EXAFS-спектроскопии используют для изучения геометрии ближнего окружения примесных атомов в кристаллах. 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 с размерами порядка нескольких нанометров, изучать которые традиционными методами крайне сложно.

ГЕНЕТИЧЕСКИ МОДИФИЦИРОВАННЫЕ ОРГАНИЗМЫ. АРГУМЕНТЫ ЗА И ПРОТИВ

Студентка 1 курса лечебного факультета ***Д.А. Когер***
Кафедра морфологии и патологии
Медицинский университет «Реавиз»
Научный руководитель ***д.м.н., профессор В.Г. Тактаров***

Развитие общества требует внедрения в нашу жизнь новых технологий. Производство генетически модифицированных продуктов – важнейшее достижение современной науки. Оно может принести и пользу, и огромный вред. На протяжении последних лет вопрос о трансгенных продуктах стал самой модной темой для дискуссий.

Возможно, эти продукты помогут ликвидировать угрозу голода, нависшую над человечеством, содержат ценные питательные вещества, которые в обычных продуктах были в недостатке, имеют более привлекательный вид и, наконец, они – источник здоровья экономики. Но вероятно и то, что новое «чудо науки» может вызвать волну экологических катастроф, опасных заболеваний и мутаций человека.

В ходе проведённого социологического опроса было выявлено, что многие не имеют представления о ГМО, их влиянии на живые организмы, большинство не придают значения содержанию ГМО в составе продуктов, но почти все желают более подробно ознакомиться с информацией о ГМО.

Пока нет однозначного ответа на вопрос: полезны или опасны ГМО, есть как сторонники, так и противники ГМО. Выбор остаётся за каждым из нас.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ БИОСЕНСОРА ДЛЯ ОЦЕНКИ ТОКСИЧЕСКОГО ЭФФЕКТА МЕТАЛЛОВ И РАДИОНУКЛИДОВ НА КЛЕТКАХ БАКТЕРИЙ

Студентка 1 курса лечебного факультета ***Д.Д. Когер****,*
Кафедра естественных дисциплин
Медицинский университет «Реавиз»
м.н.с. *ИФХЭ РАН* ***А.Ю. Александровская****,* ***к.х.н. А.В. Сафонов***
Научный руководитель ***к.х.н. К.Э. Герман***

Бурное развитие промышленности с начала XX века привело к загрязнению высокотоксичными соединениями металлов водных и наземных экосистем вследствие техногенных аварий, неконтролируемых выбросов производств, захоронения химических отходов без документации. Загрязнение поверхностных и подземных вод может привести к попаданию токсикантов в водозаборы и, как следствие, в организм человека через ЖКТ. Существует огромная база данных о токсичности металлов и их соединений для различных органов и организма в целом, однако вопросы влияния металлов на симбиотическую микрофлору остается малоизучен.

Изменение активности кишечной микрофлоры может привести к нежелательным процессам вплоть до дисбактериоза и различных воспалительных расстройств кишечника.

Как правило, для оценки токсичности веществ используется метод на основе значений предельно-допустимых концентраций (ПДК) для нерадиоактивных веществ и уровней вмешательств (УВ) для радиоактивных, прописанных в Санитарных нормах и правилах (СанПиН). Данные нормы разработаны применительно к человеку, и с их использованием невозможно выявить токсический эффект загрязнителя для микроорганизмов.

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

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.

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

Проведена оценка токсичности цезия, стронция, кобальта, цинка, никеля, хрома, урана, ванадия, свинца, кадмия, ртути.

МАТЕМАТИКО-СТАТИСТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ИЗМЕНЕНИЙ РЕПРОДУКТИВНОЙ СИСТЕМЫ КРЫС НА ФОНЕ НАГРУЗКИ БИОМАССЫ СПИРУЛИНЫ

Студент 5 курса лечебного факультета ***Е.В. Колесников***
Кафедра естественнонаучных дисциплин
Медицинский университет «Реавиз»
Научный руководитель ***доцент О.Н. Павлова***

В настоящий момент одним из самых перспективных направлений в области исследования спирулины платенсис является создание различных лекарственных препаратов.

Цель работы заключается в проведении математико-статистического анализа изменений репродуктивной системы крыс на фоне нагрузки спирулины.

Исследование проводили на 26 белых, беспородных, половозрелых, клинически здоровых крысах (20 самок и 6 самцов), массой 190-210 г. Животные были разделены поровну на две группы, одна из которых являлась контрольной, вторая группа животных получала в качестве дополнительной нагрузки биомассу спирулины.

Суспензию биомассы спирулины готовили на дистиллированной воде и вводи животным ежедневно внутрижелудочно в дозе 10 мг/100 г веса тела, объемом 1 мл в течение 30 дней. Контрольным животным вводили дистиллированную воду, объемом 1 мл.

Статистическую обработку осуществляли определением дескриптивных статистик. Корреляционный анализ проводили с помощью расчета ранговых корреляций Спирмена.

Выполнение работы: проведенный корреляционный анализ в группе контроля показал сильную (0,80) положительную корреляционную связь между количеством детенышей и количеством граафовых пузырьков, а также средние по силе положительные связи между массой плодов (в среднем), массой плаценты и краниально-каудальным индексом. Были выявлены положительные, средние по силе, корреляционные связи (от 0,65 до 0,68) между массовым коэффициентом семенников и массовым коэффициентом предстательной железы. Ранговые корреляции Спирмена в экспериментальной группе отмечались, как сильные положительные (0,82) между фолликулами с числом гранулезных клеток от двух и более и числом граафовых пузырьков. Сильная по силе отрицательная корреляционная связь (-0,73) отмечалась между количеством мест имплантации на самку и массовым коэффициентом семенников. Средняя по силе отрицательная связь отмечалась (-0,57) между количеством граафовых пузырьков и фолликулами с одним слоем гранулезных клеток.

Количество, сила и направление корреляционных связей в контроле и экспериментальной группе изменились, как за счет их уменьшения, так и силы и направления связи. Например, только количество связей снизилось от 10 до 3, по сравнению с контролем.

ИЗМЕНЕНИЕ ОСНОВНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ДЫХАНИЯ ПРИ ТАБАКОКУРЕНИИ

Студенты 2 курса лечебного факультета ***Н.В. Краснов, А.С. Ануфриев***
Кафедра медико-биологических дисциплин
Медицинский институт «Реавиз»
Научные руководители: ***к.б.н., доцент В.А. Ефимова,***
к.б.н. А.В. Колесников

Многими учеными неоднократно доказан вред курения на организм человека. Последствия курения оказывают негативное влияние на верхние дыхательные пути, легкие. Оценка дыхания используется физиологами для определения состояния респираторной системы, для представления о кислородном обеспечении организма и характеристики общего состояния человека.

Цель работы заключается в исследовании и сравнении основных показателей дыхания у курящих и некурящих студентов.

Для определения данной цели было проведено исследование среди 40 студентов мужского пола НОУ ВПО МИ «РЕАВИЗ», которых разделили на две группы по 20 человек в каждой, сходные по физическим параметрам: возрасту, весу, росту. Первая группа – студенты некурящие; вторая группа – курящие.

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) определяли в условиях лаборатории кафедры медико-биологических дисциплин с помощью электронного спирографа СМП-21/01-Р-Д по общей принятой методике.

В ходе исследования было установлено, что у первой группы испытуемых основные показатели дыхания находились в пределах физиологической нормы и составляли 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, тогда как у второй группы данные показатели были ниже в среднем, в %: ДО – 3,5, ЧД – 2,1, ЖЕЛ – 7,2, МОД – 2,4, РОвд – 1,7, РОвыд – 2,9 относительно данных показателей первой группы.

Таким образом, в группе курящих людей основные показатели дыхания были заметно ниже, чем у некурящих, что возможно свидетельствует о негативном воздействии табачного дыма на организм человека.

БОЛЕЗНЬ, ВЫЗВАННАЯ ВИРУСОМ ЭБОЛА, – ГЛОБАЛЬНАЯ УГРОЗА СОВРЕМЕННОМУ ЧЕЛОВЕЧЕСТВУ

Студент 3 курса лечебного факультета ***Д.Д. Мирзоев***
Кафедра естественнонаучных дисциплин
Медицинский университет «Реавиз»
Научный руководитель ***к.б.н., доцент Е.В. Антипов***

Болезнь, вызванная вирусом Эбола (БВВЭ), ранее известная как геморрагическая лихорадка Эбола, является тяжелой, часто смертельной болезнью людей. Вирус передается людям от диких животных и распространяется среди людей от человека человеку. Средний коэффициент летальности БВВЭ составляет около 50%. В ходе прежних вспышек показатели летальности составляли от 25% до 90%. Первые вспышки БВВЭ имели место в отдаленных деревнях Центральной Африки в зоне влажных тропических лесов, однако самые последние вспышки в Западной Африке охватили крупные города и сельские районы.

Целью исследования стало изучение характера распространения болезни, вызванной вирусом Эбола (БВВЭ), меры предосторожности и профилактики.

Вспышка лихорадки Эбола в 2014 году стала самой крупной с момента обнаружения вируса в 1976 году. Всемирная организация здравоохранения объявила, что эпидемия представляет угрозу международного значения. По данным ВОЗ, с начала эпидемии в Гвинее, Либерии и Сьерра-Леоне число жертв достигло 9380 человек, 23 253 заразились. Эти цифры продолжают расти. Случаи заболевания зафиксированы также в Мали, Нигерии, Сенегале, Испании, Великобритании и США. Однако в большинстве из этих стран число инфицированных не превышает десяти человек. Исключение составляет Нигерия, где БВВЭ заразились 20 человек, восемь погибли.

Важное значение в успешной борьбе со вспышками имеет вовлечение местных сообществ. Качественный контроль вспышек лихорадки опирается на комплекс мероприятий, а, именно, на ведение больных, эпиднадзор и отслеживание контактов, качественную лабораторную службу, безопасные погребения и социальную мобилизацию. ВОЗ одобрила первый экспресс-тест для выявления болезни, вызванной вирусом Эбола, который позволяет получить результат в течение 15 минут. По мнению представителей организации, этот шаг может стать прорывом в борьбе с заболеванием.

Обеспечение на раннем этапе поддерживающего лечения с регидратацией и симптоматической терапией повышает выживание больных. В настоящее время не существует лицензированных вакцин от Эболы, однако 2 потенциальных вакцины-кандидата проходят оценку.

Нами проанализированы последние данные по развитию эпидемии, а также характер вспышек в предыдущие годы, изучены меры предосторожности и профилактики для людей, выезжающих в страны, охваченные болезнью, вызванной вирусом Эбола.

ХАРАКТЕРИСТИКА АБСОРБЦИОННЫХ СПЕКТРОВ РОТОВОЙ ЖИДКОСТИ ПАЦИЕНТОВ С ПАРОДОНТИТОМ ПРИ РАЗЛИЧНОЙ ГРУППОВОЙ ПРИНАДЛЕЖНОСТИ КРОВИ

Студенты 2 курса стоматологического факультета
С.А. Митичкин, В.В. Коляго, Р.И. Батыров, Г.К. Резаков
Кафедра медико-биологических дисциплин
Московский медицинский институт «Реавиз»
Научный руководитель ***д.м.н. А.В. Бабичев***

Одним из критериев неинвазивной диагностики и оценки эффективности проводимой при стоматологических заболеваниях терапии, на наш взгляд, может быть оценка спектральных характеристик ротовой жидкости. Ротовая жидкость представляет собой комплексную систему, состоящую из многих органических и минеральных компонентов. Причем на ее состав оказывают влияние как индивидуальные генетически детерминированные факторы, в частности, групповая принадлежность крови, так и характер возникшего патологического процесса.

Проанализированы полученные на спектрометре «Lambda 20» (Perkin Elmer, Швейцария) абсорбционные спектры ротовой жидкости лиц с разными группами крови по системе АВО. Контрольные подгруппы составили соматически и стоматологически здоровые лица в возрасте 17-37 лет в количестве 19, 18, 20, 11 человек с O(I), A(II), B(III) и AB(IV) группами крови соответственно. Подгруппы наблюдения сформированы из 17, 21. 20 и 9 пациентов 20-43 лет с хроническим генерализованным пародонтитом средней степени тяжести, имевших аналогичную группу крови.

Проведенный сравнительный анализ спектрограмм ротовой жидкости позволил при имеющейся общности отметить ряд особенностей, присущих для каждой группы. Так, при 0(I) и A(II) группах крови, в отличии от B(III) и AB (IV), для ротовой жидкости менее характерны абсорбции при 289 нм. При этом при 0(I) группе крови, в отличие от других, характерен пик абсорбции при 257 нм, а также при 275 нм, который регистрируется еще только при AB (IV) группе. В целом, по спектральным характеристикам наиболее близки ротовые жидкости при 0(I) и A(II) группах крови, хотя особенностью A(II) группы по сравнению с другими является пик абсорбции при 292 нм. При пародонтите состав ротовой жидкости существенным образом изменяется. Об этом свидетельствует появление выраженных пиков абсорбции в диапазоне 230-245 нм, что характерно для низкомолекулярных соединений, например, продуктов распада пуриновых и пиримидиновых нуклеотидов, а также в спектральном диапазоне 263-292 нм, отражающее присутствие высокомолекулярных веществ, в частности белков. По-видимому, это связано как с патогенетическими, так и протекторными механизмами.

ЗАВИСИМОСТЬ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ И ЕЕ АДАПТАЦИОННОГО ПОТЕНЦИАЛА ОТ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ НА ПРИМЕРЕ СТУДЕНТОВ МЛАДШИХ КУРСОВ МЕДИЦИНСКОГО ИНСТИТУТА «РЕАВИЗ»

Студенты 2 курса ***С.С. Орипов, М.Х. Абдурахманов***
Кафедра медико-биологических дисциплин
Медицинский университет «Реавиз»
Научный руководитель ***к.б.н., доцент В.И. Беляков***

В настоящем исследовании проведен мониторинг функционального состояния сердечно-сосудистой системы и проанализированы изменения показателей ее деятельности на различные функциональные пробы у студентов 1 и 2 курсов 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.

С использованием методики 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 (интеллектуальной деятельности, двигательных функциональных проб). В работе обсуждаются возможные механизмы влияния индивидуальных особенностей личности на специфику функционирования центров сердечного контроля и гемодинамики.

ПРИМЕНЕНИЕ ХАРАКТЕРИСТИЧЕСКИХ ПРОФИЛЕЙ НИЗКОМОЛЕКУЛЯРНЫХ МЕТАБОЛИТОВ В БИОЛОГИЧЕСКИХ ЖИДКОСТЯХ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Магистрант 1 года обучения химического факультета ***Е.С. Тюкленкова***
Кафедра физической химии и хроматографии
ФГБОУ ВПО «Самарский государственный университет»
Научный руководитель ***к.х.н. Ю.Г. Кураева***

Современная медицина признает необходимость персонифицировать диагностику, лечение и профилактику любого заболевания. Существенное место в концепции персонифицированной медицины занимает диагностика на основе биомаркеров, то есть биологических соединений, свидетельствующих о наличии какого-либо специфического расстройства или подверженности ему.

Актуальность работы связана с разработкой новых принципов анализа многокомпонентных систем на основе характеристических профилей как совокупности аналитических сигналов отдельных компонентов.

Практическая значимость обусловлена необходимостью внедрения новых аналитических подходов для диагностики заболевания.

Целью исследования являлась оценка возможности применения характеристических профилей низкомолекулярных метаболитов в биологической жидкости для диагностики гинекологического заболевания.

Объектом исследования служит биологическая проба (вагинальная жидкость), являющаяся результатом воздействия нормальной или патогенной микрофлоры, и представляет собой многокомпонентную смесь.

В работе было проведено исследование проб методом ОФ ВЭЖХ. В качестве потенциальных биологических маркеров заболевания выбраны органические кислоты, содержание которых может служить для дифференциации проб пациентов здоровых и с патологией.

В ходе исследования была разработана многостадийная методика пробоподготовки биологической жидкости, включающая стадии концентрирования целевых компонентов пробы и очистки от нецелевых, для получения характеристической

профилей методом ВЭЖХ. Эмпирически подобраны оптимальные условия для применения ВЭЖХ к анализу биологической жидкости. Получены хроматографические профили для проб пациентов с патогенной и нормальной микрофлорой.

СТРЕСС И КАРДИОВАСКУЛЯРНАЯ ПАТОЛОГИЯ

Студенты 2 курса лечебного факультета ***Т.А. Хохлова, И.А. Писарева***
Кафедра медико-биологических дисциплин
Медицинский университет «Реавиз»
Научный руководитель ***к.б.н., доцент Т.С. Кириязи***

Стресс представляет собой неспецифический компонент физиологических и патологических нейрогуморальных реакций, возникающих в организме под действием любых условий, угрожающих нарушением гомеостаза. Стресс-реакция имеет большое значение в адаптации организма человека и животных к изменяющимся условиям окружающей среды. Однако интенсивные и длительно действующие стрессоры приводят к развитию нарушений, способствующих возникновению ряда заболеваний.

В основе неблагоприятных последствий стресса лежит дисбаланс в деятельности стресс-реализующих, обусловливающих реакцию организма на действующий стрессор, и стресс-лимитирующих систем, которые способны ограничивать повреждающее действие гормонов и метаболитов, выделяющихся в ходе стресс-реакции. Особое значение среди болезней адаптации имеют заболевания сердечно-сосудистой системы, включающие целый ряд нозологических форм, среди которых наиболее серьезными являются гипертоническая и ишемическая болезни (их доля составляет 30-35%), и такие их проявления как острый инфаркт миокарда и стенокардия. Заболевания сердечно-сосудистой системы лидируют среди причин инвалидности и смертности в России.

Таким образом, изменение баланса стресс-реализующих и стресс-лимитирующих систем, способно вызывать развитие нарушений, приводящих к болезням адаптации, среди которых в настоящее время лидирует кардиоваскулярная патология.

ПСИХОФИЗИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СТУДЕНТОВ I КУРСА СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ФАКУЛЬТЕТА

Студентка I курса стоматологического факультета ***Е.Ю. Пахомова***
Кафедра естественнонаучных дисциплин
Медицинский институт «Реавиз»
Научный руководитель ***д.м.н., профессор Ю.В. Первова***

Одним из фундаментальных направлений в биологии и медицине является изучение нейрогуморальных механизмов регуляторных процессов адаптации. По-

тенциальным подходом к анализу приспособительных возможностей организма считается изучение его функционального состояния (ФС), которое отражает относительную длительность протекающих процессов - тоническую составляющую активности.

Целью данного исследования стало изучение взаимосвязи работы полушарий головного мозга с хронотипом и ведущим каналом восприятия каждого из студентов.

Применялся метод анонимного анкетирования, тест Хорна-Остберга - для определения хронотипа, проведены диагностика доминирующей перцептивной модальности Ефремцева, тест на определение доминирующего полушария головного мозга Пугач В.Н.

Всего было опрошено и протестировано 35 студентов I курса стоматологического факультета (возраст 17-30 лет).

В результате проведенного исследования были получены следующие данные.

Ведущий канал восприятия	**Аудиалы - 34%**	**Визуалы - 46%**	**Кинестетики - 20%**
Преобладающая активность полушария	Правое - 40%	Левое - 14%	Амбидекстр - 46%
Преобладающий хронотип	Утренний - 6%	Дневной - 68%	Вечерний - 26%

Проведен корреляционный анализ между тремя параметрами, выявлена связь средней степени (r =0,7), что подтверждает исходную гипотезу о взаимосвязи работы полушарий головного мозга с хронотипом и ведущим каналом восприятия, что может быть использовано при составлении ритма занятий и работы студентов с учетом их физиологии.

Секция 3.
АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ СТОМАТОЛОГИИ

СПОСОБЫ ВОССТАНОВЛЕНИЯ КОРОНКИ ЗУБА. ИМИТИРОВАНИЕ КЛИНИЧЕСКОЙ СИТУАЦИИ НА ФАНТОМЕ

Студенты 2 курса стоматологического факультета:
А. Березина, Д. Ермолаев
Медицинский университет «Реавиз»
Научный руководитель ***М.В. Дубровская***

На сегодняшний день является актуальным вопрос, каким именно способом необходимо восстанавливать разрушенную коронку зуба: использовать стандартные штифты или литые культевые вкладки. В данной работе мы рассматриваем факторы, которыми должен руководствоваться врач в том случае, если у пациента есть показания ко всем вышеперечисленным способам. Цель данной работы – найти наиболее оптимальный подход к выбору того или иного метода. Все методы восстановления были воспроизведены на фантомах.

Положительной стороной стандартных штифтов является более щадящее препарирование тканей зуба и возможность проведения лечения в один прием. К отрицательным сторонам можно отнести возникновение большого расклинивающего эффекта при вворачивании штифта.

Положительные стороны культевой вкладки: минимизация расклинивающих нагрузок, т.к. жевательное давление передается не только на штифт, и изнутри на стенки корня, но и по оси корня за счет большой площади прилегания вкладки по всей поверхности поперечного среза корня; штифт и культя едины и отлиты из одного материала, что полностью исключает риск их разъединения. Отрицательными сторонами являются более объемное препарирование и длительное изготовление.

Эстетический фактор – субъективная категория, который носит индивидуальный характер. Исходя из этого, нами был проведен следующий эксперимент. Был обследован пациент со значительным разрушением коронки 36 и 46 зубов. На основании полученных данных, клиническая ситуация была сформирована на двух фантомах. Первому фантому была поставлена культевая вкладка с металлокерамической коронкой, второму – стандартный анкерный штифт с реставрацией из композита. Все этапы восстановления были представлены пациенту. Им была выбрана ортопедическая конструкция – культевая вкладка.

Таким образом, данная работа показывает целесообразность использования фантома для получения практических навыков ортопедического и терапевтического лечения студентов.

ДЕФЕКТЫ ЗУБНЫХ РЯДОВ, НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ЗАМЕЩАЕМЫЕ С ПОМОЩЬЮ ДЕНТАЛЬНЫХ ИМПЛАНТАТОВ

Студенты 3 курса стоматологического факультета
Н.О. Валюхов, В.А. Белоусова
Медицинский университет «Реавиз»
Научный руководитель ***д.м.н. В.Ю. Широков***

Восстановление целостности зубных рядов с опорой на дентальные имплантаты становится все более распространенным методом лечения первичной и вторичной адентии. Это связано с тем, что, во-первых, изготовление конструкций на дентальных имплантатах часто позволяет избежать съемного протезирования, депульпирования зубов под опоры мостовидных протезов и, во-вторых, с тем, что при протезировании с опорой на имплантаты жевательное давление передается более физиологичным образом - на костную ткань челюстей. Кроме того, современная имплантология достигла такого уровня, что является признанным методом клинической стоматологии, получившим широкое распространение.

В клинике кафедры стоматологии ООО «СП ДАНТИСТ» нами проведен анализ дефектов зубных рядов, восстановленных с использованием дентальных имплантатов. Имплантаты, которые использовались в работе, были израильского производства «Alpha Bio Tec» и «Adin».

Группу обследованных составили 216 человек, из которых 78 – мужчины, 138 – женщины. Выявлено, что дентальные имплантаты были использованы для восстановления зубных рядов в случаях I класса по Кеннеди 36 пациентам или 16,7% от общего количества обследованных, в случаях II класса соответственно 66 пациентам или 30,6%, III класса – 90 человек или 41,7% и IV класса – 24 человека или 11,1%.

Полученные данные свидетельствуют о том, что чаще всего пациенты обращаются для протезирования на имплантатах дефектов II и III, которые расположены в эстетически важной зоне – фронтальном отделе верхней челюсти.

РОЛЬ ГИГИЕНИСТА СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО В ПРОФИЛАКТИКЕ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Студентка 1 курса стоматологического факультета ***И.В. Воронкова***
Кафедра общественного здоровья и здравоохранения
Медицинский университет «Реавиз»
Научный руководитель ***к.м.н., доцент А.В. Чебыкин***

Только заболевший человек понимает истинную ценность здоровья. Самые распространенные массовые стоматологические заболевания – кариес зубов и болезни пародонта не так резко, как, например, стенокардия или язвенная болезнь желудка, ухудшают качество жизни человека. Вместе с тем, они представляют собой угрозу для здоровья человека, часто являются очагом одонтогенного хрониосепсиса, аллергии. Поэтому профилактика стоматологических заболеваний – это общемедицинская проблема.

В России в 2001 году была введена в номенклатуру медицинских специальностей новая специальность «Стоматология профилактическая» с квалификацией специалиста «гигиенист стоматологический». Местами работы гигиениста являются стоматологические амбулаторно-поликлинические учреждения для детей и взрослых, стоматологические отделения и кабинеты лечебно-профилактических учреждений, учреждения социальной защиты населения и образования, санаторно-курортные учреждения (приказ МЗ РФ №33,2001).

Стоматологический гигиенист играет важную роль в снижении распространенности и интенсивности стоматологических заболеваний среди населения. Он помогает пациенту малозатратными профилактическими мерами устранить или ослабить воздействие основных факторов риска самых распространенных стоматологических заболеваний через пропаганду тщательного ухода за полостью рта, рекомендаций по питанию и использованию фторидов в порядке само- и взаимопомощи, предупреждать развитие болезней десен и зубов, вести здоровый образ жизни. Он также делают профессиональную чистку зубов, обучает пациента гигиене полости рта и определяет факторы риска заболеваний зубов.

Максимально эффективной является работа гигиениста стоматологического в организованных детских коллективах, так как проводимые им групповые методы профилактики стоматологических заболеваний наиболее широко охватывают население.

Впервые установлено, что эффективная работа гигиениста стоматологического в программах профилактики стоматологических заболеваний в школе снижает распространенность дентофобии у школьников и распространенность вредных привычек, нарушений функций дыхания, глотания, жевания, речи у дошкольников в ДДУ.

До начала проведения программы определяли дентофобию у 12-летних детей, распространенность которой составила 60%. По результатам проведения программы с участием гигиениста стоматологического через 1, 2, 3, 4, 5 лет происходила нормализация психологического состояния детей в отношении к стоматологическому вмешательству и у 100% детей дентофобия отсутствовала. Это снижает фактор стресса для ребенка при нахождении в школе. Эти результаты ярко иллюстрируют роль гигиениста в формировании психологического восприятия детей при стоматологическом вмешательстве и устранении дентофобии у детей, полученной ранее.

Впервые установлена эффективность программы профилактики в школе с участием гигиениста стоматологического при пятилетней реализации, которой увеличивается частота здоровых 12-летних детей в 5 раз и редукция прироста кариеса достигает 75%.

Для гигиениста стоматологического самое главное – это научить пациента, как правильно ухаживать за своими зубами, чтобы предотвратить развитие стоматологических заболеваний.

ПАТОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ В ЗУБОЧЕЛЮСТНОЙ СИСТЕМЕ ПРИ РАННЕМ УДАЛЕНИИ ЗУБОВ

Студентка 1 курса стоматологического факультета ***Н.М. Копачевская***
Медицинский университет «Реавиз»
Кафедра морфологии и патологии
Научный руководитель ***д.м.н., профессор П.А. Гелашвили***

Патология раннего удаления зубов - одна из наиболее встречающихся проблем зубочелюстной системы.

Целью исследования стало выявление на более ранних стадиях патологических изменений в зубочелюстной системе при раннем удалении зубов в молочном, смешанном и постоянном прикусах и проведение своевременного ортопедического или ортодонтического лечения.

Нами осмотрено 1000 детей и лиц юношеского возраста г. Костромы. Изучение проводилось на основании анамнеза, осмотра, рентгенологического исследования.

Выявлены и систематизированы группы патологических изменений при раннем удалении зубов. В результате проведенного исследования установлено, что 85% имеют различную патологию в зубочелюстной системе при раннем удалении зубов, нарушение прикуса – у 25%, заболевание пародонта диагностируется у 30%, нарушения в височно-нижнем челюстном суставе выявлены у 20%.

Немаловажное значение раннего удаления зубов является неправильная постановка диагноза и осложнения после некачественного терапевтического лечения. Отсюда следует, что при раннем удалении зубов (даже в следствии одного или двух) в организме человека происходят существенные изменения, которые оказывают неблагоприятное влияние на весь организм в целом.

На основании клинических данных разработан ряд профилактических мер, направленных на сохранение зубов в молочном, смешанном и постоянных прикусах.

ОБЪЕКТИВНАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ АНЕСТЕЗИИ ВНУТРИКОСТНОЙ ВЕТВИ ПОДБОРОДОЧНОГО НЕРВА

студент 3 курса стоматологического факультета ***М.А. Кочергин***
Кафедра стоматологии
Московский медицинский университет «Реавиз»
Научный руководитель ***к.м.н., доцент Ю.Л. Васильев***

Обезболивание фронтальных и боковых групп зубов на нижней челюсти сопряжено с анатомическими особенностями иннервации, описанными ранее. В связи с этим для обезболивания моляров и премоляров используются в основном проводниковые способы блокады нижнечелюстного нерва.

Помимо субъективных методов оценки эффективности местного обезболивания, существует объективная оценка сенсорного компонента боли с помощью электроодонтодиагностики. Поскольку зубы фронтальной группы нижней челюсти попадают в зону двойной иннервации, важным показателем является оценка глубины проведенной местной анестезии.

У 20 добровольцев обоего пола в возрасте 35-43 лет при помощи аппарата «ИВН-01 ПУЛЬПТЕСТ-ПРО» было проведено исследование в области интактных зубов 2 премоляра, 1 премоляра, клыка и 2 резца до проведения анестезии, через 2 минуты и через 4 минуты. За норму были приняты показатели электровозбудимости пульпы от 2 мкА до 6 мкА.

Пациентов разделили на 2 группы по 10 человек в каждой. Затем указанные выше группы разделили на 2 подгруппы по 5 человек: в 1 подгруппе использовали в качестве местного анестетика 4% артикаинсодержащий местный анестетик с вазоконстриктором 1:200000 в дозировке 0,5 мл, во 2 подгруппе применяли 3% мепивакаинсодержащий препарат в дозировке 0,5мл. Исследование в области интактных зубов 2 премоляра, 1 премоляра, клыка до проведения анестезии, через 3 минуты и через 6 минут. За норму были приняты показатели электровозбудимости пульпы от 2 мкА до 6 мкА.

Проведенные исследования электровозбудимости пульпы зубов, находящихся в зоне обезболивания, позволили уточнить зону распространения местной анестезии в зависимости от выбранного местного анестетика и составить схему включения зубов в протокол выполнения местных анестезий.

МУЛЬТИКИСТОЗНАЯ ДИСПЛАЗИЯ ПОЧКИ И ЕЕ ВЛИЯНИЕ НА РАЗВИТИЕ НАРУШЕНИЙ ЧЛО

(клинический случай)

Студентка 3 курса стоматологического факультета ***О.В. Курбанова***
Медицинский университет «Реавиз»
Кафедра морфологии и патологии
Научный руководитель ***д.м.н., профессор П.А. Гелашвили***

Сегодня наблюдается рост числа детей с врожденными и наследственными болезнями почек, из них 9% приходится на мультикистоз почек. При этом заболевании почек нарушается синтез гормона паращитовидной железы, который может выражаться в гипокальциемии, приводящей к костным деформациям и нарушениям ЧЛО (челюстно-лицевой области). Увеличивается подвижность и смещение зубов, повышается периапикальная рентгенопрозрачность и резорбция корней, уменьшение кортикальной пластинки и общая потеря плотности костей из-за вымывания кальция из организма, которая приводит к ранней потери зубов.

Целью данной работы является повышение эффективности оказания стоматологической помощи детям с заболеваниями почек за счет разработки алгоритма диагностики, комплексного лечения и профилактики стоматологических заболеваний.

В задачи работы входит:

1) выявление клинических особенностей кариеса зубов у детей с заболеваниями почек, изучение его распространенности и интенсивности;

2) санация хронических очагов одонтогенной инфекции, которые могут привести к развитию хронической почечной недостаточности;

3) оценка уровня гигиенического ухода за полостью рта;

4) выявление особенностей состояний тканей пародонта;

5) диспансеризация и постановка на учет детей с отклонениями в развитие почек, не только врачом нефрологом, но и детским стоматологом;

6) проведение реабилитационных мероприятий и возмещение утраченных функций зубочелюстной системы.

В своей практике мне довелось наблюдать у шестилетнего Егора последствия мультикистозной дисплазии почки, ее влияние на развитие нарушений ЧЛО. До 2-х лет ребенок перенес удаление правой почки, расширение мочеточника левой почки. Все это не прошло бесследно, оставив свой грубый отпечаток на развитие зубо-челюстной системы и всего организма в целом. В 6 лет у Егора антропометрические данные 4-х летнего ребенка, недоразвитие альвеолярных отростков верхней и нижней челюсти, ранняя потеря моляров молочных зубов, адентия 12 и 22 зачатков постоянных зубов, кровоточивость десен, уремический стоматит. Недоразвитие мышц нижней челюсти, невозможность пережёвывания твердой и грубой пищи и формирование правильного пищевого комка может привести к заболеваниям ЖКТ.

В случае с Егором мы провели полную санацию полости рта, которая заключалась в лечении кариозных зубов, герметизации фиссур постоянных зубов, удаление корней молочных зубов, местное лечение поражения слизистой оболочки. Совместно с ортодонтом изготовили пластинку, замещающую дефекты отсутствующих зубов. Один раз в месяц он проходит осмотр у детского стоматолога и ортодонта с целью предупреждения отклонений в развитии зубов и челюстных костей.

Для повышения эффективности лечения как основного заболевания, так и стоматологической патологии, предотвращения обострения заболевания почек необходимо сотрудничество многих специалистов, которое позволит предупредить, либо свести до минимума последствия заболевания и помочь ребенку вести полноценный, здоровый образ жизни.

ВЗАИМОСВЯЗЬ АНОМАЛИЙ ЗУБОЧЕЛЮСТНОЙ СИСТЕМЫ И ВРЕДНЫХ ПРИВЫЧЕК СРЕДИ ДЕТСКОГО НАСЕЛЕНИЯ (НА ПРИМЕРЕ Г. КОСТРОМЫ)

Студентка 1 курса стоматологического факультета ***Е.Г. Митюгова***
Медицинский университет «Реавиз»
Кафедра морфологии и патологии
Научный руководитель ***д.м.н., профессор П.А. Гелашвили***

Зубочелюстные аномалии по своей распространенности занимают лидирующие позиции среди стоматологических заболеваний. Только 35% данной патологии являются наследственными, а 65% вызваны наличием вредных привычек и недостаточной диагностикой. К сожалению, современные родители мало обращают внимание на вредные привычки своих детей, которые оказывают влияние на формирование зубочелюстного аппарата.

Целью нашего исследования стало изучение аномалий зубочелюстной системы, которые возникают в результате вредных привычек у детей г. Костромы.

Мною в декабре 2014 г. осмотрено 100 детей. Из них дети 4-7 лет на базе МБДОУ г. Костромы «Центр развития ребёнка – Детский сад № 73» и дети школьного возраста 8-10 лет (2-3 класс) МОУ Лицей № 41 г. Костромы.

Нами выявлено, что лишь 5 % из осмотренных детей не имеют патологий зубочелюстной системы, 60 % имеют аномалии, появившиеся под действием различных факторов, а 35 % – дети с патологией, возникшей под действием вредных привычек. Из них 5 % – сосание пальца, языка и щек, 20 % – ротовое дыхание, 20 % – неправильное положение языка при глотании (инфантильное глотание), 10 % – грызут ручки, карандаши и ногти, закусывают нижнюю губу.

Зачастую родители приводят детей на лечение к зубному врачу и хотят в самые короткие сроки видеть их с «голливудской» улыбкой и вылеченными зубами. При этом они совершенно не обращают внимание на то, что у ребенка может быть немного увеличен нос, личико казаться плоским, зубы могут расти неровно. Родители считают, что все дело в наследственности и ничего поменять невозможно. А ведь, чем раньше в семье обратят внимание на прикус ребенка, на наличие вредных привычек, которые могут вызвать аномалии зубочелюстной системы, тем лучше это будет для маленького пациента и для самих же родителей, так как своевременно начатое лечение занимает меньше времени, и, естественно, требует меньше финансовых затрат пациентов.

При сложившейся сложной финансовой ситуации в стране необходимо расставлять приоритеты и уделять больше внимания профилактике ортодонтических заболеваний, которые требуют намного меньше затрат, чем лечение.

ОСОБЕННОСТИ ИННЕРВАЦИИ ПОДБОРОДОЧНОГО ОТДЕЛА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

Студент 3 курса стоматологического факультета ***Г.Т. Нагин***
Кафедра стоматологии, кафедра морфологии и патологии
Московский медицинский университет «Реавиз»
Научные руководители: ***к.м.н., доцент Ю.Л. Васильев,***
к.м.н., доцент Р.Д. Мейланова

Недостатком многих известных способов является то, что в их основе лежат средние анатомические данные, касающиеся строения нижней челюсти и крыловидно-нижнечелюстного пространства. В качестве ориентира предлагалось использовать анатомические образования, выраженность которых может быть слабой (крыловидно-челюстная складка и височный гребень) и вовсе отсутствовать (зубы). Поэтому средние анатомические данные не всегда совпадают с имеющимися анатомическими соотношениями у данного больного, что затрудняет выполнение анестезии и может быть причиной возникновения различных осложнений.

Проведенное нами моделирование подбородочной анестезии на 10 трупах показало, что при введении раствора крахмала в области подбородочного отверстия и массажа области инъекции отмечается пропитывание внекостных ветвей под-

бородочного нерва. Далее проводилось извлечение фрагмента челюсти, удаление передней стенки кости при помощи фрезы и аппликация йода для избирального окрашивания введенного раствора крахмала.

На изученных препаратах констатируется наличие костного канала, содержащего сосудисто-нервный пучок медиальнее подбородочного отверстия. Канал имеет различную форму в зависимости от типа черепа, так что можно выделить 3 варианта его вида: эллипсовидный, прямолинейный и волнообразный. Оценив в комплексе полученные нами данные по структурной организации, кровоснабжении и иннервации переднего отдела нижней челюсти можно констатировать, что, по сути, подбородочное отверстие является переходной зоной канала нижней челюсти в канал внутрикостной части подбородочного нерва, продолжающегося в переднем отделе нижней челюсти в виде сосудисто-нервного пучка, диаметром в среднем 1.7±0,2 см и имеющим три формы.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ КАРИЕСА И ЕГО ОСЛОЖНЕННЫХ ФОРМ У ПАЦИЕНТОВ ОАО «ДАНТИСТ» ЗА 2011 год

Студенты 3 курса стоматологического факультета
П.А. Юматов, А.В. Чернышев
Медицинский университет «Реавиз»
Научный руководитель ***д.м.н. В.Ю. Широков***

Стоматологическая помощь является наиболее массовым видом медицинского обслуживания, что связано с высокой распространенностью патологии зубов и полости рта, из которых кариес является одним из самых распространённых заболеваний человека (свыше 93% людей). Кариес зубов – это патологический процесс, проявляющийся после прорезывания зубов, при котором происходит деминерализация и размягчение твёрдых тканей зубов с последующим образованием дефекта в виде полости.

В ходе исследования изучение заболеваемости кариесом зубов проводилось по данным обращаемости жителей городов Саратова и Энгельса к врачам-стоматологам ООО «СП Дантист». Необходимая информация была получена путем сбора сведений из медицинских карт.

По материалам статистических отчетов нами было установлено, что в среднем на одного обратившегося в год приходятся следующие значения случаев стоматологического лечения: кариес зубов – 2,96, осложнения кариеса (пульпит и периодонтит) – 1,4. Нами было проанализировано 200 медицинских карт стоматологических больных и выявлено, что различные формы кариеса обнаружены в области 873 зубов. Среди них количество неосложненных форм кариеса составило 592 случая (67,81%), пульпита – 127 (14,54%), периодонтита – 154 (17,65%). Было также отмечено, что существенно различается частота встречаемости пародонтита у пациентов разного пола. Так, у мужчин она составила – 25,51 % у женщин – 7,38 % от общего количества обследованных. Существенное влияние на

распространенность кариеса оказывает возраст пациентов. Если распространенность неосложненного кариеса среди пациентов молодой возрастной группы (моложе 25 лет) составила 76,6 %, то старшей (56 лет и старше) – 13,8 %. Максимальное значение среднего числа зубов, леченых по поводу периодонтита, отмечается у мужчин в возрасте 50-54 года – 1,39, а у женщин в возрасте 55-59 лет – 0,29. Минимальное значение отмечается в возрасте до 25лет у мужчин (0,20) и 20-25 лет – у женщин (0,06).

Проведенное нами статистическое исследование свидетельствует о том, что существенное влияние на распространенность кариеса оказывает возраст и пол пациентов. С увеличением возраста снижается распространенность неосложненного кариеса и одной из его осложненных форм – пульпита, а периодонтит встречается чаще у мужчин, чем у женщин.

Секция 4.
АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ МОРФОЛОГИИ И ПАТОЛОГИИ

СОСУДИСТЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ В КАВЕРНОЗНЫХ ТЕЛАХ ПОЛОВОГО ЧЛЕНА ПРИ ВАСКУЛОГЕННОЙ ЭРЕКТИЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ

Студенты 3 курса лечебного факультета: ***Э.Д. Олещенко, Я.Д. Исаев, А.П. Филиппов, В.В. Трускалов, Р.Р. Жаворонков, М.К Красильщиков, Я.В. Миланников, Н.А. Чеботарь***

Кафедра морфологи и патологии

Московский университет «Реавиз»

Научные руководители: ***д.м.н., профессор В.Г. Тактаров, доцент Н.Г. Кульченко***

Эректильная дисфункция (ЭД) требует комплексной, расширенной диагностики с привлечением не только ультразвуковой допплерографии полового члена, радиоизотопного метода исследования – фаллосцинтиграфии, но и методов морфологического анализа.

Цель данной работы заключается в улучшении результатов диагностики эректильной дисфункции с помощью использования малоинвазивного метода - фаллосцинтиграфии. Провести анализ корреляции клинических и морфологических изменений в тканях полового члена.

Материалы и методы. Нами было обследовано 64 мужчины в возрасте от 48 до 62 лет (средний возраст составил 55 + 6 лет). Все пациенты предъявляли жалобы на нарушение качества эрекции. Критерии включения пациентов в исследование: ЭД по шкале Международного индекса эректильной функции ниже 22 баллов. Критерии исключения пациентов из исследования: гормональные, инфекционные, генетические, онкологические заболевания, которые приводят к нарушению эрекции.

Всем пациентам выполнялось стандартное клиническое исследование, УЗИ полового члена в В-режиме и допплерографии в состоянии покоя и на фоне фармакологически индуцированной эрекции (интракавернозное введение алпростадила 20 мкг).

Для дополнительного поиска причин нарушения эректильной функции и визуализации микроциркуляторного русла кавернозных тел мы проводили фаллосцинтиграфию в покое и на фоне фармакологической стимуляции эрекции. Ткани контрастировали путем болюсного внутривенного введения 99 mTc пертехнетата.

Пациентам, которые не реагировали на фармакологическую стимуляцию и имели индекс эректильной функции ниже 5-7 баллов, мы предлагали хирургическое лечение – фаллопротезирование с последующими гистологическим изучением тканей полового члена.

Производилось стандартное приготовление гистологического препарата с окраской гематоксилином и эозином. Для дифференцировки соединительнотканных структур гистологические срезы окрашивались пикрофуксином по Ван-Гизону.

По результатам МИЭФ было 4 (6,2%) больных с тяжелой степенью ЭД, 34 (53,1%) – с умеренной ЭД, 26 (40,7%) – с легкой степенью ЭД. Результаты AMS – Aging Male Screening выявили слабо выраженные симптомы у 31 (48,5%) мужчин, симптомы средней степени выраженности – 25 (39%), а тяжелой – 8(12,5%). При УЗИ полового члена мы выявили ЭД у 45 (70,3%): артериальная – 26 (57,7%) человек, венооккклюзивная – 14 (31,2%) больных, смешанная ЭД – 5 (11,1%).

У 19 (29,7%) пациентов по данным УЗИ мы не выявили структурной патологии ткани полового члена, им была выполнена фаллосцинтиграфия, результаты которой показали, что у двух мужчин (10,5%) патологии в кавернозных телах полового члена не выявлено. Следовательно, нарушения эректильной функции мы расценили как психогенные.

У 14 (73,6%) человек при фаллосцинтиграфии были выявлены нарушение перфузии полового члена на микроцируляторном уровне.

У 3 (15.9%) больных мы не зафиксировали реакции на фармакологическую стимуляцию эрекции. Этим пациентам было выполнено хирургическое лечение – фаллопротезирование. Полученные ткани кавернозных тел полового члена были подвергнуты гистологическому исследованию.

При окраске гистологического препарата гематоксилином, эозином и пикрофуксином выявлено замещение мышечной ткани на соединительную. В кавернозных телах было преобладание коллагеновых волокон, хаотичное направление гладких миоцитов, уменьшение просвета пещеристых тел за счет изменения конфигурации сосудов, утолщение их стенки, что клинически ведет за собой потерю эластичности полового члена.

В связи с вышеперечисленным, фаллосцинтиграфию возможно использовать в диагностике микроциркуляторных нарушений кавернозных тел полового члена.

СОСТОЯНИЕ ЭПИТЕЛИЯ РОТОВОЙ ПОЛОСТИ ЩЕК У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА, КУРЯЩИХ В ТЕЧЕНИЕ ДВУХ ЛЕТ

Студент 3 курса лечебного факультета ***В.А.Савельев***
Кафедра морфологии и патологии
Медицинский университет «Реавиз».
Научные руководители: ***д.м.н., профессор Р.А. Дробышева,***
к.м.н., доцент П.В. Борискин

Состояние эпителия ротовой полости у лиц, курящих длительное время, в литературе хорошо известно, однако реакция эпителиальных клеток у лиц молодого возраста от 19 до 23 лет, имеющих срок курения от 1 года до двух с половиной лет, остается неизвестной.

Нами были обследованы некурящие и курящие молодые люди (с малым сроком), были сделаны мазки. Затем препараты окрашивались метиленовым синим и изучались в световом микроскопе.

В последующих исследованиях препаратов удалось четко проследить отличия эпителия курящих от некурящих. Обращает на себя внимание, прежде всего, реакция ядра, размеры которого резко уменьшаются: ядро пикнотизированное, сама клетка чаще всего свертывается или сморщивается, в цитоплазме появляется включение угля.

СЧАСТЛИВАЯ ПУЛЯ ФЕЛЬДМАРШАЛА М.И. КУТУЗОВА

Студентка 4 курса стоматологического факультета ***И.А. Тямусева***
Кафедра клинической медицины, морфологии и патологии
Медицинский университет «Реавиз»
Научные руководители:
Заслуженный врач РФ, д.м.н. профессор В.С. Попов,
д.м.н., профессор П.А. Гелашвили

Фельдмаршал Михаил Илларионович Кутузов является национальным героем и гордостью России. Его называют национальным спасителем не только в России, но и во многих странах Западной Европы. Известно, что знаменитый полководец имел два ранения в голову. Первое произошло в 1774 году в возрасте 29 лет в битве российских войск против турок при Алуште. Второе ранение – в 1788 году при сражении с турками под Очаковым. В отношении первого, наиболее тяжелого ранения, есть несколько разноречивых версий по его характеру: было ли оно касательным или проникающим с повреждением мозга, лишился ли он при ранении правого глаза (каким его иногда изображали художники) или нет.

Целью данного исследования стало моделирование на препарате черепа человека раневого канала и повреждений головы Кутузова.

Материал и метод исследования: череп музея кафедры морфологии и патологии, скульптурный пластилин, модели сосудов и нервов, результаты топографо-анатомических срезов глазницы человека (данные литературы).

Нами были изучены публикации мемуарной, художественной литературы, выдержки из писем самого полководца, выделено из них описание клинической картины. Данные литературы свидетельствуют, что у полководца «болели глаза» (следовательно, глаза были целы), правый глаз косил, и Михаил Илларионович испытывал усталость при чтении. Кроме того, известно, что входное отверстие пули было чуть выше левого виска, а выходное – ниже правого виска.

На неповреждённом черепе человека нами проведена пластическая реконструкция содержимого глазницы (глазное яблоко, прямые и косые мышцы глаза, ветви глазодвигательного, блокового и отводящего нервов, клетчатка) и окружающих образований (лобные доли полушарий большого мозга), мягких тканей лица для определения траектории раневого канала и характера ранения.

Пропуская луч лазера через обе височные области, обнаружено, что, вероятнее всего, имело место сквозное касательное непроникающее ранение черепа с повреждением орбиты, ветвей правых глазодвигательного и отводящего черепных нервов. Для более детального установления характера ранения планируются дальнейшие исследования, включая построение модели в 3D изображении.

Секция 5.
АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ КЛИНИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ

NO-ТЕРАПИЯ – МЕТОД НЕМЕДИКАМЕТОЗНОГО ЛЕЧЕНИЯ ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Студент 2 курса лечебного факультета ***И.В. Алексеев***
Кафедра медико-биологических дисциплин
Медицинский университет «Реавиз»
Научный руководитель ***д.м.н., доцент Е.А. Пронина***

Общемировой проблемой практического здравоохранения является возрастание частоты госпитальных инфекций, которые занимают в настоящее время лидирующие позиции среди причин летальности в стационарах. Основной причиной, породившей современные госпитальные инфекции, считается нерациональное использование химиотерапевтических препаратов, что в дальнейшем приводит к увеличению частоты появления мультирезистентных госпитальных штаммов микроорганизмов. Кроме того, более чем в 80% случаев инфекционные поражения организма проходят в форме биопленочной инфекции. Открытие и изучение биопленок является одним из наиболее важных достижений медицинской и клинической микробиологии последних лет. Все представители нормальной микрофлоры в организме человека существуют в составе биопленок. С их образования также начинается развитие любой инфекции. Существование бактерий внутри бактериальных биопленок обеспечивает им много преимуществ по сравнению с изолированными клетками. Для практической медицины особенно важно, что бактерии в биопленках имеют повышенную выживаемость. Бактерии и грибы в биопленках выживают в присутствии антибиотиков, добавленных в количестве в тысячу раз большем, чем их минимальная подавляющая концентрация in vitro. Одной из актуальных задач является изучение процессов, в которых участвуют активные короткоживущие молекулы, являющиеся регуляторами на различных уровнях организации живых организмов. К таким соединениям относятся активные форма кислорода и оксид азота. Большее внимание исследователей, работающих над проблемой стимуляции заживления ран и профилактики их нагноений, привлекает NO-терапия. NO-терапия ран, по данным ряда авторов, является мощным стимулятором раневого процесса, особенно, в осложненных ранах.

Немедикоментозные методы лечения ряда заболеваний, в том числе и гнойно-воспалительных заболеваний не только альтертативны лекарственным, но в ряде случаев имеют значительные преимущества как методы функциональной регулирующей терапии.

ИППОТЕРАПИЯ КАК МЕТОД РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С ДЦП

Студент 1 курса лечебного факультета ***М. Бекетов***
Медицинский университет «Реавиз»
Научный руководитель ***д.м.н., профессор С.А. Блашенцева***

Иппотерапия (от греч. hippo - лошадь) - лечение лошадьми применялось еще в I веке от Рождества Христова. В V веке до н.э. «отец медицины» Гиппократ (ок. 460 г. до н.э. - ок. 377 г. до н.э.) отмечал, что больные люди поправляются быстрее, если ездят верхом, поскольку это освобождает человека от «темных мыслей», вызывая «мысли веселые и ясные».

В середине XVIII века французский энциклопедист и философ Дени Дидро (1713-1784) в трактате «О верховой езде и её значении для того, чтобы сохранить здоровье и снова его обрести» писал: «Среди физических упражнений первое место принадлежит верховой езде. С её помощью можно лечить много болезней, но возможно также и их предупреждать, как только они проявляются». Однако лишь в конце XIX столетия началось научное изучение влияния верховой езды на организм человека и её целенаправленное использование в лечебных целях.

В последние десятилетия иппотерапия получила новый мощный виток развития как действенный метод реабилитации при широком спектре заболеваний. При ряде нарушений, в первую очередь, детском церебральном параличе (ДЦП), иппотерапия является уникальным по эффективности средством, аналогов которому в мире нет.

Анализ литературы показывает, что проблема спастического паралича, гипертонуса мышц, является предметом разнонаправленных исследований. Так, в 2014 году Mori L. И соавторы опубликовали результаты исследований по использованию сфокусированной волновой терапии (FSWT) для лечения мышечной гипертонии. Авторы показали, что положительный терапевтический эффект методики основан на воздействии волн на зоны фиброзных изменений в мышцах.

В журнале «Клиническая реабилитология» Bleyenheuft Y. И соавторы (2014) предлагают использовать специальную бимануальную технику интенсивной терапии у детей с односторонним спастическим параличом. Техника основана на комбинации различных физических упражнений с использованием верхних и нижних конечностей. В этом же журнале El-Basatiny H.M. и соавторы (2014) представили результаты использования техники «обратного хождения», полученные при лечении 14 девочек и 16 мальчиков с ДЦП. Авторы показали, что хождение назад (спиной) по 25 минут в день, 3 дня в неделю в течение 3-х месяцев позволяет улучшить координацию движений.

Иглоукалывание достаточно эффективный метод лечения детского церебрального паралича, если оно проводится в раннем детском возрасте. Практически все дети, у которых терапия началась рано, способны ходить и обслуживать себя самостоятельно. Процедуры проводится по следующей схеме: в течение первого года жизни - 4 курса (10-12 сеансов), затем два-три курса в год (взависимости от тяжести патологии) в сочетании с массажем и ЛФК.

Терапевтические эффекты использования симулятора лошади у детей с ДЦП описаны Silva e Borges M.B. и соавторами (2011) в журнале «Arq. Neuropsiquiatr». Были изучены 2 группы детей с ДЦП. Одна группа проходила обычный курс физиотерапии, другая – с помощью симулятора. В результате показана статистически достоверная разница в виде улучшения осанки и физиологической активности у детей второй группы.

Лечебная езда оказывает на человека не только биохимическое воздействие, но и психогенное. Шагом лошадь совершает около ста разнонаправленных колебательных движений. Для того, чтобы сохранить правильную посадку во время движения и грамотно управлять лошадью, всадник должен удерживать равновесие и синхронизировать свои движения.

Сегодня метод иппотерапии применяется при нарушениях мозгового кровообращения в период реабилитации, нарушениях опорно-двигательного аппарата в результате поражения центральной нервной системы и травм, нарушении осанки (ДЦП, полиомиелит, кифоз, сколиоз, артроз суставов), различных формах нарушения интеллекта как результат генетических и органических заболеваний, поражениях органов слуха и зрения, нарушениях психоэмоциональной сферы (аутизм, шизофрения, невроз, синдром Дауна), любой послеоперационной реабилитации после перенесенных травм головы.

Одним из показаний к применению иппотерапии является детский церебральный паралич - заболевание, возникающее, как правило, вследствие родовых травм или инфекции. Для детей, страдающих ДЦП характерны серьезная задержка в развитии, медленное освоение двигательных навыков, таких как переворачивание, ползание, первые шаги, патологический тонус мышц, вынужденное принятие необычных поз или перекашивание на одну сторону, отсутствие координации движений, походка с приволакиванием ног или ходьба, перенося основной вес на носки. Распространённость детского церебрального паралича среди новорождённых - 2:1000 живорождённых (у мальчиков в 1,33 раза чаще).

Суть занятий иппотерапией состоит в том, чтобы сначала пассивно, а затем и самостоятельно приучить ребенка координировать свои движения, избавляться от привычки заваливаться на один бок, уравновесить двигательные рефлексы на здоровой и больной сторонах. Все это возможно за счет того, что при движении лошади на всадника воздействует более ста двигающихся мышц лошади. Помимо этого происходит естественный разогрев органов малого таза и мышечной ткани нижних конечностей, за счет более высокой температуры тела лошади, что очень важно для лечения. Разнонаправленные действия всадника во время езды приучают его тело запоминать новые движения и расслаблять скованные мышцы. А главное занятия не могут наскучить ребенку. Общение с живым существом приносит каждый день новые эмоции, в отличие от монотонных занятий на тренажерах.

Автором статьи было произведено наблюдение за пятью детьми с ДЦП различной тяжести. Лечение оказалось эффективным у трех детей, что выражалось в уменьшении частоты судорог, улучшении координации движений, таких как удер-

жание и манипуляции с предметами, а также в улучшении при ходьбе. Один ребёнок отказался от лечения. Одному пациенту иппотерапия не помогла.

Таким образом, методика иппотерапии может быть рекомендована детям с детским церебральным параличом для использования в комплексной терапии заболевания.

ЛИХОРАДКА ЭБОЛА. СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ПРОБЛЕМЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ

Студент 1 курса лечебного факультета ***М. Блашенцев***
Медицинский университет «Реавиз»
Научный руководитель ***д.м.н., профессор С.А. Блашенцева***

Геморрагическая лихорадка Эбола (англ. Ebola Hemorrhagic Fever, лат. Ebola febris haemorrhagica) – острая вирусная высококонтагиозная болезнь, вызываемая вирусом Эбола – редкое, но крайне опасное заболевание. Коэффициент летальности может достигать 90 %. Вирус поражает человека, некоторых приматов, а также парнокопытных (в частности, подтверждены случаи поражения свиней и дукеров).

Нынешняя вспышка лихорадки Эбола мобилизовала международное сообщество против этой смертельной болезни, поскольку на сегодняшний день лихорадкой Эбола заразилось около 7500 человек, из них умерло около 4000.. Особенностью нынешней вспышки заболевания является то, что вирус распространяется с большой скоростью, заражая десятки, если не сотни людей каждый день. Также можно предположить, что вирус Эбола прогрессировал в своем развитии, т.к. на сегодняшний день от БВВЭ погибло людей больше, чем за все время существования болезни. Из-за того, что до настоящего времени не введен карантин на территории ряда государств Африки, вирус смог попасть в такие страны, как Германия, Франция, Бельгия, Испания, США.

Структура и химический состав вируса – РНК-содержащие вирионы имеют форму длинных извитых нитей, иногда с ответвлениями. Их длина может достигать 1200-4000 нм, ширина – 70-100 нм. Нуклео-капсид спирального типа симметрии снаружи окружен липид-содержащей оболочкой.

Семейство Filoviridae (лат.ilum – нить) объединяет два вируса – возбудителей тяжелых геморрагических лихорадок человека. Один из них – вирус Марбург – выделен в 1967 г. из крови больных и секционного материала в г. Марбурге, другой – вирус Эбола – выделен в 1976 г. из крови больной в Южном Судане. Вирусы имеют общий антиген. Вирус Марбург принадлежит к той же таксономической группе, что и вирус Эбола. Впервые болезнь, вызываемая вирусом Эбола (БВВЭ), была зарегистрирована в 1976 году в ходе 2 одновременных вспышек в Заире, Судане, в Ямбуку, Демократической Республике Конго. Вторая вспышка произошла в селении рядом с рекой Эбола, от которой болезнь и получила свое название. В Судане заболело 284 человека, из них умерло 151. В Заире – 318 (умерло 280).

Ученые предположили, что если вирус будет развиваться с такой же скоростью, как в настоящее время, то в 2015 году количество зараженных может достигнуть 30 тысяч, что может привести к пандемии. Поэтому эпидемия лихорадки Эбола, продолжающаяся на территории Западной Африки, заставляет ученых сегодня переосмыслить эпидемиологические характеристики вируса Эбола, пути передачи инфекции и эффективность профилактики.

Chowell G. и соавторы (2014) указывают на необходимость детального анализа эпидемиологических данных и необходимость построения моделей прогноза развития заболевания.

Этиология и патогенез. Полагают, что естественными хозяевами вируса Эбола являются фруктовые летучие мыши семейства Pteropodidae. Вирус Эбола попадает в популяцию человека в результате тесного контакта с кровью, выделениями, органами или иными жидкостями организма инфицированных животных, например шимпанзе, горилл, фруктовых летучих мышей, обезьян, лесных антилоп и дикобразов, обнаруженных мертвыми или больными во влажных лесах.

Распространение вируса происходит от человека человеку при тесном контакте (через поврежденные кожные покровы или слизистую оболочку) с кровью, выделениями, органами или другими жидкостями организма инфицированных людей, а также с поверхностями и материалами (например, постельными принадлежностями, одеждой), загрязненными такими жидкостями.

Медработники часто заражаются при оказании помощи пациентам с подозреваемой или подтвержденной БВВЭ. Это происходит в результате тесных контактов с пациентами при недостаточно строгом соблюдении норм инфекционного контроля.

Люди остаются заразными до тех пор, пока их кровь и выделения содержат вирусы. Инкубационный период составляет от 2 до 21 дня. Люди не заразны до появления симптомов. Первыми симптомами являются внезапное появление лихорадки, мышечные боли, головная боль и боль в горле. За этим следуют рвота, диарея, сыпь, нарушения функций почек и печени и, в некоторых случаях, как внутренние, так и внешние кровотечения. Лабораторные тесты выявляют лейкопению и тромбоцитопению на фоне повышения уровня ферментов печени.

Клинические симптомы лихорадки Эбола трудноотличимы от других инфекционных болезней, например, малярии, тифоидной лихорадки и менингита. Для подтверждения диагноза, проводятся следующие исследования:

- энзим-связывающий иммуносорбентный анализ с захватом антител (ELISA);
- тесты на выявление антигенов;
- реакция сывороточной нейтрализации;
- полимеразная цепная реакция с обратной транскриптазой (ОТ-ПЦР);
- изоляция вируса в клеточных культурах;
- электронная микроскопия.

Лабораторный материал, полученный от пациентов, представляет чрезвычайно высокую биологическую опасность. Лабораторное тестирование неинактивированных образцов следует проводить в условиях максимальной биологической изоляции.

Лечение. Этиотропная терапия лихорадки Эбола в настоящее время не разработана. Пациенты получают симптоматическую терапию (пероральные или внутривенные введения жидкости). Симптоматическая терапия повышает выживаемость больных. Коммерческих вакцин против лихорадки Эбола в настоящее время не существует. Однако 2 потенциальные вакцины проходят тестирование на безопасность для людей.

В 2014 году в медицинском подразделении университета Техаса и химическом геномном центре было проведено исследование, направленное на выявление рецепторов вируса Марбурга, с помощью которых вирус проникает в клетку. Для этого был использован псевдовирус непатогенного сосудистого стоматита (VSV), содержащий встроенные гликопротеины вируса Марбурга. Этот псевдовирус, названный VSV-MARV, имел так называемый люциферазный ген (Photinus luciferase). Исследователи инкубировали VSV-MARV вирус с человеческими эмбриональными почечными клетками и с помощью люминисцентного микроскопа фиксировали внедрение вируса в клетки. Затем, используя различные ингибиторы, блокировали люциферазный ген и отмечали значительное снижение частоты проникновения вируса в клетки.

Подобное исследование является одним из многочисленных исследований, которые проводятся сегодня с целью поиска эффективных путей лечения лихорадки Эбола.

Для максимального контроля болезни необходим строгий карантин, который не должен допускать каких-либо контактов больных со здоровыми людьми с резким ограничением миграции населения внутри страны и за ее пределы, привлечение большего числа медицинского персонала, обеспечение современным оборудованием для диагностики и лечения, а также скорейшая разработка и внедрение коммерческих вакцин для профилактики лихорадки Эбола являются наиболее эффективными мерами для предотвращения распространения вируса.

ИЗУЧЕНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ АГРЕГАЦИОННОЙ АКТИВНОСТИ ТРОМБОЦИТОВ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ОБЪЕМА КРОВОПОТЕРИ

Студенты 4 курса лечебного факультета ***А.В. Боровикова, Р.К. Исаев***
Кафедра клинической медицины
Саратовский медицинский университет «Реавиз»
Научный руководитель ***д.м.н., профессор В.В. Масляков***

Кровотечение – одна из самых драматичных ситуаций в медицине, и потому занимает особое место в хирургии. При этом изменяются нормальные показатели красной крови и сосудисто-тромбоцитарного звена системы гемостаза, что может привести к тяжелым осложнениям у пациентов. Для достижения удовлетворительного результата лечения и предотвращения послеоперационных осложнений необходимо изучить изменения сосудисто-тромбоцитарного звена системы гемостаза у пациентов в ближайшем послеоперационном периоде с различными объемами кровопотери.

В цель исследования входит изучение показателей агрегационной активности тромбоцитов у пациентов с различными объемами кровопотери.

В группу сравнения вошли 25 относительно здоровых людей (контрольная группа) и 25 пациентов с колото-резанными ранениями грудной клетки. Все пациенты разделены на две группы в зависимости от объема кровопотери. Первая состояла из 15 пациентов с средней степени кровопотери (потеря до 15-20% ОЦК (1000-1400 мл)). Вторая из 10 пациентов с тяжелой степенью кровопотери (потеря 20-30% ОЦК (1500-2000 мл)). Исследования показателей крови проводили на первые, третьи, пятые, седьмые и десятые послеоперационные сутки.

Учитывались следующие показатели.

1. Максимальная степень агрегации тромбоцитов – отношение оптической плотности на высоте агрегации тромбоцитов к исходной оптической плотности, выраженной в % (МСАТ).

2. Максимальная скорость агрегации тромбоцитов – максимальный наклон кривой светопропускания, измеряется в %/мин (МСкАТ).

3. Время достижения максимальной скорости агрегации (в сек.) (ВДМСА).

а) Максимальный размер тромбоцитарных агрегатов – максимальное значение среднего размера агрегатов после добавления индуктора, измеряется в относительных единицах (МРТА).

б) Время достижения максимального размера тромбоцитарных агрегатов, выраженное в с (ВДМРТА).

в) Время достижения наибольших тромбоцитарных агрегатов (сек.) (ВДНТА).

В момент госпитализации больных в стационар у пациентов с ранениями грудной клетки, сопровождающиеся кровопотерей средней степени тяжести наблюдали общее состояние средней тяжести, тахикардию до 110 ударов в мин., систолическое АД не ниже 90 мм рт. ст., ЦВД меньше 5 см вод. ст. Объем мочевыделения снижен до 50% от нормы (при норме 1-1,2 мл/мин.). Содержание гемоглобина не менее 80 г/л, дефицит ОЦК – 20-30%. При кровопотери тяжелой степени наблюдали общее состояние больного тяжелое, сознание спутанное. При продолжающемся кровотечении могут быть полная потеря сознания и кома. Тахикардия более 110 ударов в мин., систолическое АД ниже 90 мм рт. ст. Содержание гемоглобина менее 80 г/л. ЦВД становится отрицательным, резко уменьшенный темп мочеотделения, развитие метаболического ацидоза. На ЭКГ наблюдаются признаки ишемии миокарда. Дефицит ОЦК превышает 30%.

Показатели агрегационной активности тромбоцитов в первые сутки после операции у больных с ранениями грудной клетки, сопровождающиеся кровопотерей средней степени

(Показатели, вид ранения, здоровые (n = 25), колото-резанные (n = 10))

МСАТ, % 56,12 ± 0,1 54,11 ± 0,1

МСкАТ, %/мин 45,3 ± 0,2 42,1 ± 0,2

ВДМСА, сек 57,87 ± 0,1 54,87 ± 0,1

МРТА, отн. ед. 37,3 ± 0,3 34,2 ± 0,3
ВДМРТА, сек 48,3 ± 0,2 45,1 ± 0,2
ВДНТА, сек 56,4 ± 0,1 54,9 ± 0,1

Как видно из данных, в первые послеоперационные сутки у пациентов с средней степенью кровопотери отмечалось незначительное, но статистически достоверное увеличение всех показателей агрегационной активности тромбоцитов. Превышение данных показателей составило в 1,3 раза по сравнению с контрольной группой.

Показатели агрегационной активности тромбоцитов на третьи сутки после операции у больных с ранениями грудной клетки, сопровождающиеся кровопотерей средней степени

(Показатели, вид ранения, здоровые (n = 25), колото-резанные (n = 10))
МСАТ, % 59,13 ± 0,1 54,11 ± 0,1
МСкАТ, %/мин 47,6 ± 0,2 42,1 ± 0,2
ВДМСА, сек 59,92 ± 0,1 54,87 ± 0,1
МРТА, отн. ед. 39,6 ± 0,3 34,2 ± 0,3
ВДМРТА, сек 51,3 ± 0,2 45,1 ± 0,2
ВДНТА, сек 59,4 ± 0,1 54,9 ± 0,1

Как видно из данных, на третьи послеоперационные сутки у всех больных зарегистрировано дальнейшее увеличение всех исследуемых показателей агрегационной активности тромбоцитов. На пятые послеоперационные сутки у всех больных зарегистрировано дальнейшее увеличение всех исследуемых показателей агрегационной активности тромбоцитов и соответствовали данным, полученным на третьи послеоперационные сутки.

Показатели агрегационной активности тромбоцитов на седьмые сутки после операции у больных с ранениями грудной клетки, сопровождающиеся кровопотерей средней степени

(Показатели, вид ранения, здоровые (n = 25), колото-резанные (n = 10))
МСАТ, % 54,13 ± 0,1 54,11 ± 0,1
МСкАТ, %/мин 42,6 ± 0,2 42,1 ± 0,2
ВДМСА, сек 53,92 ± 0,1 54,87 ± 0,1
МРТА, отн. ед. 36,6 ± 0,3 34,2 ± 0,3
ВДМРТА, сек 48,3 ± 0,2 45,1 ± 0,2
ВДНТА, сек 56,4 ± 0,1 54,9 ± 0,1

Как видно из данных, на седьмые послеоперационные сутки у всех больных зарегистрировано частичное восстановление показателей агрегации тромбоцитов, так как происходило восстановление таких показателей, как максимальная степень агрегации тромбоцитов, максимальной скорости агрегации тромбоцитов и времени достижения максимальной скорости агрегации. Все эти показатели соответствовали данным полученным в группе сравнения. В тоже время остальные показатели агрегации тромбоцитов оставались повышенными, однако, они уменьшались по сравнению с пятыми послеоперационными сутками.

Показатели агрегационной активности тромбоцитов на десятые сутки после операции у больных с ранениями грудной клетки, сопровождающиеся кровопотерей средней степени

(Показатели, вид ранения, здоровые (n = 25), колото-резанные (n = 10))

МСАТ, % 54,13 ± 0,1 54,11 ± 0,1

МСкАТ, %/мин 42,6 ± 0,2 42,1 ± 0,2

ВДМСА, сек 53,92 ± 0,1 54,87 ± 0,1

МРТА, отн. ед. 34,5 ± 0,3 34,2 ± 0,3

ВДМРТА, сек 45,3 ± 0,2 45,1 ± 0,2

ВДНТА, сек 54,6 ± 0,1 54,9 ± 0,1

Полное восстановление показателей агрегационной активности тромбоцитов у пациентов отмечалось на десятые послеоперационные сутки, когда все анализируемые показатели соответствовали данным, полученным в группе сравнения.

Показатели агрегационной активности тромбоцитов в первые сутки после операции у больных с ранениями грудной клетки, сопровождающиеся кровопотерей тяжелой степени

(Показатели, вид ранения, здоровые (n = 25), колото-резанные (n = 10))

МСАТ, % 58,12 ± 0,1 54,11 ± 0,1

МСкАТ, %/мин 48,7 ± 0,2 42,1 ± 0,2

ВДМСА, сек 61,89 ± 0,1 54,87 ± 0,1

МРТА, отн. ед. 40,7 ± 0,3 34,2 ± 0,3

ВДМРТА, сек 49,9 ± 0,2 45,1 ± 0,2

ВДНТА, сек 58,7 ± 0,1 54,9 ± 0,1

Как видно из данных, у пациентов с тяжелой степенью кровопотери в первые послеоперационные сутки зарегистрировано значительное повышение всех показателей агрегационной активности тромбоцитов. Превышение данных показателей составило в 2 раза по сравнению с контрольной группой.

Показатели агрегационной активности тромбоцитов на третьи сутки после операции у больных с ранениями грудной клетки и сопровождающиеся кровопотерей тяжелой степени.

(Показатели, вид ранения, здоровые (n = 25), колото-резанные (n = 10))

МСАТ, % 60,12 ± 0,1 54,11 ± 0,1

МСкАТ, %/мин 51,7 ± 0,2 42,1 ± 0,2

ВДМСА, сек 65,89 ± 0,1 54,87 ± 0,1

МРТА, отн. ед. 44,7 ± 0,3 34,2 ± 0,3

ВДМРТА, сек 53,9 ± 0,2 45,1 ± 0,2

ВДНТА, сек 61,7 ± 0,1 54,9 ± 0,1

Как видно из данных, у пациентов с тяжелой степенью кровопотери на третьи послеоперационные сутки происходило дальнейшее повышение показателей, характеризующих агрегационную активность тромбоцитов, которые повышались в 3 раза по сравнению с контрольной группой. На пятые послеоперационные сутки

полученные результаты не отличались от данных, полученных на третьи послеоперационные сутки.

Показатели агрегационной активности тромбоцитов на седьмые сутки после операции у больных с ранениями грудной клетки и сопровождающиеся кровопотерей тяжелой степени

(Показатели, вид ранения, здоровые (n = 25), колото-резанные (n = 10))

МСАТ, % 57,12 ± 0,1 54,11 ± 0,1

МСкАТ, %/мин 47,5 ± 0,2 42,1 ± 0,2

ВДМСА, сек 60,69 ± 0,1 54,87 ± 0,1

МРТА, отн. ед. 42,6 ± 0,3 34,2 ± 0,3

ВДМРТА, сек 49,6 ± 0,2 45,1 ± 0,2

ВДНТА, сек 58,4 ± 0,1 54,9 ± 0,1

Как видно из данных, на седьмые послеоперационные сутки у всех больных зарегистрировано снижение всех показателей агрегационной активности тромбоцитов по сравнению с предыдущими сутками, однако они оставались повышенными по сравнению с данными контрольной группы.

Показатели агрегационной активности тромбоцитов на десятые сутки после операции у больных с ранениями грудной клетки, сопровождающиеся кровопотерей тяжелой степени

(Показатели, вид ранения, здоровые (n = 25), колото-резанные (n = 10))

МСАТ, % 54,12 ± 0,1 54,11 ± 0,1

МСкАТ, %/мин 42,5 ± 0,2 42,1 ± 0,2

ВДМСА, сек 53,69 ± 0,1 54,87 ± 0,1

МРТА, отн. ед. 36,6 ± 0,3 34,2 ± 0,3

ВДМРТА, сек 46,6 ± 0,2 45,1 ± 0,2

ВДНТА, сек 56,4 ± 0,1 54,9 ± 0,1

На десятые послеоперационные сутки такие показатели как максимальная степень агрегации тромбоцитов, максимальной скорости агрегации тромбоцитов и времени достижения максимальной скорости агрегации соответствовали показателям группы сравнения. В тоже время остальные показатели агрегационной активности тромбоцитов оставались повышенными. Таким образом, у пациентов происходило частичное восстановление показателей, что видно из данных. Вместе с тем, полного восстановления показателей агрегационной активности тромбоцитов у пациентов с тяжелой степень кровопотери к десятым послеоперационным суткам не происходило.

Таким образом, проведенные результаты показывают, что у пациентов с колото-резанными ранениями грудной клетки на изменения агрегационной активности тромбоцитов оказывает влияние объем кровопотери (средняя и тяжелая степень). У пациентов с кровопотерей средней степени с первых послеоперационных суток отмечалось увеличение всех показателей агрегационной активности тромбоцитов, которые продолжали повышаться на третьи сутки, частичное восстановление про-

исходило на седьмые сутки, полное восстановление показателей - на десятые. В случае тяжелой кровопотери показатели агрегационной активности тромбоцитов значительно повышались с первых послеоперационных суток, продолжали повышаться на третьи, снижались на седьмые, однако к десятым послеоперационным суткам не происходило полного восстановления показателей агрегационной активности тромбоцитов.

БИОИМПЕДАНСОМЕТРИЯ. ЗНАЧЕНИЕ В СПОРТИВНОЙ МЕДИЦИНЕ И В МЕДИЦИНСКОЙ ПРАКТИКЕ

Н.А Калабкин, Ю.В. Никольская
Кафедра морфологии и патологии
Медицинский университет «Реавиз»
Научные руководители: ***С.А. Ивянский**, **д.м.н., профессор П.А. Гелашвили***

Биоимпедансометрия – метод, позволяющий оценить большое количество показателей качественного и количественного состава тела человека, следить за динамикой изменений состава тела, что указывает на эффективность врачебной тактики и проводимой терапии.

Целью исследования стало сравнение результатов качественного и количественного состава тела у лиц с различным уровнем физической активности согласно классификации Дж. Митчелла (J. Mitchell) (спортивная ходьба, футбол, велоспорт).

В работе нами были использованы биоимпедансный анализатор, компьютер, кушетка, ростомер, весы, сантиметровая лента. Для обследования было отобрано 120 учащихся, средний возраст составлял 19±2,6 года. Их разделили на 4 группы, сопоставимых по полу и возрасту, профессионально занимающиеся спортом и ведущие обычный образ жизни. I группа – контрольная, не занимающиеся спортом, группы II-IV – лица, регулярно занимающиеся спортом, разделённые согласно спортивной принадлежности (спортивная ходьба, футбол, велоспорт). Наблюдение проходило в динамике в течение 3 месяцев (1 неделя каждого месяца).

I группа – контрольная. Не имеющие хронических заболеваний, не занимающиеся профессионально спортом (30 человек). II группа-занимающиеся спортивной ходьбой (30 человек). III группа - занимающиеся футболом (30 человек). IV группа – занимающиеся велоспортом (30 человек). Оценивались следующие показатели: жировая масса (ЖМ), скелетно-мышечная масса (СММ), активная клеточная масса (АКМ), общая жидкость (ОЖ), фазовый угол (ФУ). Данные показатели наиболее полно оценивают качественный состав тела.

I группа: ЖМ (7,1; 7,9; 8,0), СММ(31,4;31,6;31,7), АКМ(35,5;34,9;35,2), ОЖ(46,7;46,9;46,1), ФУ(7,83; 7,32;7,72).

II группа: ЖМ (13,1; 13,9; 13,8), СММ (36,1;36,3;36,5), АКМ (41,5; 42,1; 42,2), ОЖ(49,1;49,5;49,5), ФУ(8,01;8,02;8,03).

III группа: ЖМ (13,9; 14,1; 13,9), СММ(36,4;36,4;37,6), АКМ (43,0;43,4;43,2), ОЖ(48,4; 48,5; 48,8),ФУ (8,04; 8,13; 8,10).

IV группа: ЖМ(8,1; 8,5; 8,7), СММ (39,1; 39,4; 39,8), АКМ(43,4;43,5;43,5), ОЖ(50,9;51,4;51,5), ФУ(7,88;7,81;7,83).

На основании полученных данных можно утверждать, что различная спортивная специализация по-разному влияет на качественный и количественный состав тела человека. Это следует учитывать при разработке меню-питания спортсменам, эффективности нагрузок, сроков восстановления после тренировочного процесса и в реабилитационном периоде.

РАДИОФАРМАЦЕВТИЧЕСКИЕ ПРЕПАРАТЫ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ МЕТАСТАТИЧЕСКОГО РАКА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ НА ОСНОВЕ ИНГИБИТОРОВ ПРОСТАТ-СПЕЦИФИЧЕСКОГО МЕМБРАННОГО АНТИГЕНА

Студент 1 курса лечебного факультета ***А.В. Колесников****,*
студентка 2 курса стоматологического факультета ***М.Н. Глазкова***
Кафедра естественнонаучных дисциплин
Московский медицинский университет «Реавиз»
Научные руководители: ***к.х.н. К.Э. Герман, А.В. Афанасьев,***
к.х.н. О.В. Власова, д.м.н. В.В. Крылов, к.м.н. В.М. Петриев

Целью данной работы является обзор достижений в области диагностики и терапии социально-значимого заболевания – рака предстательной железы, поскольку своевременная диагностика и качественная терапия метастатического рака простаты до сих пор является нерешенной клинической задачей.

По данным на 2011 год, заболеваемость раком предстательной железы в России составила 10,7% (примерно 40 000 первичных случаев) мужского населения, причем в 60% случаев заболевание диагностировалось на поздней (III-IV) стадии, когда неизбежен процесс активного роста и распространения раковых клеток (метастазов) с током крови в органы и ткани.

Методы анатомической визуализации при диагностики заболевания имеют низкую чувствительность и специфичность при обнаружении метастатического рака предстательной железы. Методы метаболической визуализации, использующие в качестве маркера специфический для простаты антиген (PSA), также малоэффективны. На сегодняшний день существуют и проходят клинические исследования такие биомаркеры, как FDG, ProstaScint, 18F-FDHT, аналоги radioacetate и radiocholine, anti-[18F]FACBC, но и они имеют существенные недостатки и ограниченное применение.

В обзоре, в качестве радиофармпрепарата для диагностики и терапии рака предстательной железы, предлагается рассматривать специфический для простаты мембранный антиген (prostate-specific membrane antigen, PSMA), который является мембранным гликопротеином и образуется в высоких концентрациях в эпителиальных клетках здоровых лиц и больных раком предстательной железы. На Западе были разработаны и проходят клинические исследования наиболее пер-

спективные диагностические радиофармпрепараты на основе малых пептидных молекул, модифицированных мочевиной, которые отличаются наибольшим сродством к PSMA. На их базе были получены новые препараты для ОФЭКТ/КТ (123I, 99m Tc, 111In) и для ПЭТ/КТ (18F, 68Ga, 64Cu) исследований и для радионуклидной терапии с изотопами 131I, 188Re, 177Lu, 90Y. Отличительной особенностью этих соединений является их благоприятная фармакокинетика, высокое и длительное накопление в опухоли и метастазах, быстрое выведение из организма

ЭФФЕКТИВНОСТЬ АУДИОЛОГИЧЕСКОГО СКРИНИНГА НОВОРОЖДЕННЫХ

О.Б. Неганова, И.А. Козлова, Е.Н. Чернова, Т.В. Зубарева, О.В. Абрамова, А.Н. Лысова

Самарский областной клинический кардиологический диспансер, Медицинский университет «Реавиз»

В настоящее время в Российской Федерации насчитывается более 12 миллионов человек с нарушениями слуха, из них около 1,3 миллионов детей и подростков. Снижение слуха у ребенка приводит к трудностям восприятия речи, нарушению формирования слуховых и речевых центров мозга. Процессы их формирования особенно интенсивны в первые два года жизни, что делает раннее выявление патологии слуховой функции важным и необходимым этапом программы помощи детям. Многолетние наблюдения показали, что диагностика нарушений слуха у детей в раннем возрасте возможна при проведении аудиологического скрининга.

Целью данной работы стала оценка эффективности аудиологического скрининга новорожденных.

Неонатальный аудиоскрининг в рамках национального проекта «Здоровье» проводится в Самарском Областном Клиническом Кардиологическом Диспансере (СОККД) согласно приказа министерства здравоохранения Са-марской области от 16 июля 2009 года № 1411 «О совершенствовании про-ведения универсального аудиологического скрининга новорожденных и детей первого года жизни в Самарской области», приказа министерства здравоохранения Самарской области от 16 апреля 2014 г. № 15-н «О проведении аудиологического скрининга новорожденным и детям первого года жизни в государственных учреждениях здравоохранения Самарской области». Внедрение программы аудиологического скрининга новорожденных является одним из ключевых аспектов адекватной реабилитации детей с тугоухостью и глухотой.

Программа аудиологического скрининга включает два этапа.

1 этап – скрининговый, на этом этапе проводится обследование новорожденных в возрасте 3-4 дней методом вызванной отоакустической эмиссии (ВОАЭ);

2 этап – диагностический, проводится в сурдологическом центре детям в возрасте до 3 месяцев методом ВОАЭ, коротколатеральными слуховыми вызванными потенциалами (КСВП) и другими методами.

Нами был проведен анализ результатов первого и второго этапов аудиологического скрининга новорожденных детей, обследованных в отделе-нии неонатологии СОККД за 2014 год.

Исследование проводилось при помощи аппарата Accu Screen PRO-T. У каждого ребенка проводилась автоматическая регистрация вызванной отоакустической эмиссии (ВОАЭ).

В 2014 году в родильном доме СОККД родилось 3159 детей. Аудиологический скрининг проводился у 3003 новорожденных (95, 06%). Было выявлено 95 детей с нарушениями слуха (3, 16%). Из них нарушение на оба уха - у 15 детей (15, 8%) и 80 детей с нарушениями на одно ухо (84, 2%).

Аудиологический скрининг не проводился 72 новорожденным. Причиной этому стали врожденные пороки сердца и ранний перевод в детское отделение реанимации и интенсивной терапии, экстремально низкая и очень низкая масса тела при рождении, тяжелая асфиксия в родах, перинатальное поражение ЦНС (судороги).

При выписке из родильного дома всем детям с выявленными нарушениями слуха было рекомендовано провести второй этап исследования в сурдологическом центре Самарской областной клинической больницы им. В.Д. Середавина.

Из всех обратившихся детей и прошедших обследование в сурдологическом центре диагноз нейросенсорная потеря слуха двусторонняя (Н 90.3) подтвердился у 10 человек, односторонняя (Н 90.4) у 1 ребенка.

Были установлены следующие причины тугоухости у детей.

1. Наследственная синдромальная патология (трисомия по 8 й хромосоме, синдром Диджорджа) – 3 ребенка (27,3%).
2. Глубокая степень недоношенности 29-30 недель – 3 ребенка (27,3%).
3. Поражения ЦНС, асфиксия, судороги – 2 ребенка (18,2%).
4. Отягощенная наследственность по слуху – 2 ребенка (18,2%),
5. Стойкая и выраженная гипербилирубинемия – 1 ребенок (9,%).

Таким образом, данные проведенного нами исследования доказывают эффективность аудиологического скрининга в выявлении нарушений слуха, что приводит к своевременному оказанию специализированной медицинской помощи детям (слухопротезирование, кохлеарная имплантация) и проведении адекватной реабилитации.

ГЕРИАТРИЧЕСКИЙ ПАЦИЕНТ

К.ф.н., доцент Л.А. Павлова, к.ф.н., доцент Е.В. Ермолаева
Кафедра философии, гуманитарных наук и психологии
ГБОУ ВПО «Саратовский государственный медицинский университет им. В.И. Разумовского»

Демографическое старение современного общества предполагает прогрессирующее увеличение числа гериатрических пациентов (от 60 лет и старше).

Гериатрический подход к пожилому больному требует знаний особенностей стареющего организма, а также тщательного обследования и выявления его патологических изменений, потому что множественность патологии обычна для старости.

В этом возрасте заболевания на фоне снижения иммунных и защитных реакций организма обычно протекают медленно и бессимптомно, что серьёзно осложняет процесс их диагностики и своевременного лечения.

Болезни стареющих и старых пациентов нередко являются хроническими, инвалидизирующими или неизлечимыми. Сегодня в мире около 80% людей старше 65 лет страдают хроническими заболеваниями, требующими длительного медикаментозного лечения.

Вместе с тем, каждое десятилетие растет число диагностируемых заболеваний у одного и того же больного, то есть происходит активное распространение мультиморбидности, которая наиболее часто проявляется в гериатрической практике. Так, мультиморбидность увеличивается с 10% у людей, не старше 19 лет, до 80% у людей, старше 80 лет.

Мультиморбидным гериатрическим пациентам требуется повышенное внимание не только при исследовании клиники основного и сопутствующих заболеваний, но и при выборе эффективных лечебно-диагностических методик.

Научно-разработанные медицинские технологии и новейшее медицинское оборудование позволяют сегодня оказывать им высококвалифицированную медицинскую помощь, и, таким образом, продлять жизнь и улучшать её качество.

Престарелые пациенты нередко бывают ранимы и раздражительны, подавлены и тревожны или даже депрессивны. Поэтому медицинскому персоналу при общении с данной возрастной группой необходимо не только соблюдать существующие нормы медицинской этики и деонтологии, но и осознавать важность индивидуального подхода к каждому больному.

Пациентам в зависимости от тяжести заболевания может потребоваться квалифицированная, специализированная или стационарная медицинская помощь, поэтому рациональное ведение больного возможно лишь при полном взаимопонимании медицинского персонала – «врач – медицинская сестра» и больного.

Общий и специальный уход за больным всегда сложен и требует от медицинских сестер не только профессиональных знаний, навыков и умений, но и большого терпения, доброжелательности и оптимизма.

Медицинский сестринский уход за гериатрическими пациентами – condio sine qua non – основное условие, без которого невозможно предотвратить развитие тяжелых осложнений, улучшить их физическое и психологическое состояние и сохранить им жизнь.

КОНТАКТНЫЕ ЛИНЗЫ

Студентка 1 курса лечебного факультета ***Г.А. Скороходова***
Кафедра естественно-научных дисциплин
Саратовский медицинский университет «Реавиз»
Научный руководитель ***к.т.н.,доцент С.В. Синькеев***

В пятидесятых-шестидесятых годах появились мягкие линзы на основе гидрогеля из сополимера гликольметакрилата и дигликольдиметакрилата. Материал для

линзы содержал около 40% воды, был эластичен, химически инертен, биологически и механически устойчив.

Материал для линз не должен вызывать аллергию, быть химически активным, а тем более токсичным, канцерогенным, т.е. опасным для организма, при этом организм не должен вредить линзе, находящейся в слезной жидкости, где находятся неорганические вещества, ферменты, липиды. Жесткие линзы устойчивы к ним. Мягкие линзы через год-другой покрываются непрозрачными протеиновыми бляшками.

Линзы не должны вносить в глаз инфекцию, поэтому их надо дезинфицировать. Жесткие линзы моют мылом. Мягкие или кипятят или стерилизуют.

От кислородопроницаемости полимера зависит зрительный комфорт и продолжительность ношения линз.

Роговица дышит. Поступающий через ее поверхность кислород окисляет глюкозу, основной источник энергии для обменных процессов в глазу. Если кислорода не хватает, глюкоза расщепляется не до конца. Меняется pH слезной жидкости, баланс ионов натрия и калия, растворенных кислорода и углекислого газа. Меняются толщина и форма роговицы, вплоть до отека. Начинается резь в глазах, они краснеют. Зрение затуманивается, вокруг источников света появляется радужный ореол. В этих случаях линзы необходимо снять.

Линза должна сохранять свою форму. На это способен стеклообразный или высокоэластичный полимер. Из первого делают жесткие, из второго – мягкие линзы.

Существует два вида мягких линз: низкогидрофильные – около 40% воды, и высокогидрофильные – 45-85%. Первые можно носить 12-14 часов подряд, вторые – от несколько суток до нескольких недель.

Кроме обычных линз существуют цветные, бифокальные, солнцезащитные, косметические, позволяющие изменить цвет глаз и для больных с дефектами роговицы, линзы для плавания – вместо маски или подводных очков.

С каждым годом число обладателей линз продолжает расти.

ШУМЫ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ, ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ

Студентки 3 курса лечебного факультета ***Д.К. Уразакова, Ю.А. Чибрикова,***
ассистент кафедры пропедевтики внутренних болезней ***Н.В. Сушкова***
Кафедра пропедевтики внутренних болезней
ГБОУ ВПО «Саратовский Государственный медицинский университет
им. В.И. Разумовского Минздрава России»
Научный руководитель ***к.м.н., доцент В.Г. Субботина***

В практической деятельности из физикальных методов исследования врачи используют аускультацию в основном в диагностике заболеваний сердца, легких. Сегодня незаслуженно редко применяют аускультацию органов брюшной поло-

сти. Нами были изучены (методом случайной выборки) поликлинические карты 126 больных в возрасте от 46 до 76 лет, только в 5 случаях имелось упоминание об аускультации брюшной полости. Также нами было опрошено 23 врача терапевта с целью выявления причин неиспользования аускультации брюшной полости при осмотре больного. Выяснилось, что 11 врачей не используют аускультацию, считая ее неинформативной, 7 – сослались на отсутствие времени, 5 врачей, помимо причин вышеназванных, откровенно указали на недостаточное знание методик аускультации брюшной полости.

Аускультация живота применяется с целью выявления физиологических и патологических шумов, возникающих в брюшной полости. Некоторые авторы считают, что аускультацию живота следует выполнять не менее 5 минут, чтобы адекватно оценить состояние перистальтики кишечника. Абсолютное время, в течение которого рекомендуется проводить аускультацию живота, многим врачам кажется слишком завышенным. Значительную часть этого времени необходимо уделять оценке перистальтики кишки (отсутствие или наличие и характер кишечных шумов). При аускультации живота фонендоскоп устанавливается на определенный участок брюшной стенки. Выслушивание проводится при задержке пациентом дыхания на полувыдохе на 15-20 секунд. Лучше придерживаться основных топографических линий, идя сверху вниз. Положение пациента может быть разным, но чаще аускультация проводится в положении лежа на спине или на боку.

Как и при аускультации сердца, по мере приобретения врачом опыта, время, необходимое для выслушивания и адекватной интерпретации перистальтики, уменьшается. Иногда врач делает обобщенное заключение о наличии или отсутствии перистальтических шумов во всех четырех квадрантах живота. Такое заключение не имеет большого клинического значения. У здорового человека постоянно возникающие перистальтические волны желудка и кишечника способствуют перемещению их содержимого, что порождает кишечные шумы в разных отделах. В норме в животе обычно выслушивается легкое урчание, переливание жидкости, легкое попискивание. В основном эти звуки слышны над тонким кишечником, то есть в пупочной области и особенно ниже пупка до лонного сочленения. Над толстым кишечником кишечные шумы слышны меньше и преимущественно над слепой кишкой через 5-7 часов после еды. Интенсивность этих шумов индивидуальна и зависит от режима приема пищи, характера пищи, состояния секреторной функции желудка, поджелудочной железы, кишечника, выраженности бродильных процессов, своевременности опорожнения кишечника и др.

Характер и сила шумов зависит от соотношения в желудке и кишечнике жидкости и газа, от диаметра кишечной трубки и напряженности ее стенки, от скорости тока содержимого.

Сила кишечного шума тем больше, чем меньше вязкость пищевых масс и больше скорость их движения. Вот почему над тонким кишечником, наполненным относительно жидким и быстро перемещающимся содержимым, слышно больше

шумов, чем над толстым кишечником, заполненным вязким содержимым и имеющим меньшую двигательную активность.

Яркая и разнообразная аускультативная картина при выслушивании живота у здорового человека наблюдается при нарушении режима питания: несвоевременный прием пищи, избыточное употребление газированных напитков, углеводистой пищи и продуктов с большим содержанием клетчатки, особенно газообразующих продуктов – капуста, бобовые, ржаной хлеб, картофель, виноград и др.

Значительное усиление кишечных шумов бывает у невротиков в связи с усилением кишечной перистальтики. Количество и сила кишечных шумов нарастает при инфицированности кишечника, при глистных инвазиях, при воспалительных процессах тонкого и толстого кишечника, когда увеличивается жидкий компонент содержимого из-за плохого всасывания жидкости и выделения в кишечник воспалительного экссудата, а также ускоренной эвакуации содержимого. Выраженные бродильные и гнилостные процессы в кишечнике способствуют газообразованию и усилению перистальтики, что часто возникает при нарушении секреторной функции желудка, поджелудочной железы, кишечника, при заболеваниях печени.

Резкое усиление перистальтики может быть при механической непроходимости, при сужении просвета кишечной трубки на любом уровне (спазм, рубцовое сужение, сдавление извне, опухоль, глисты, инвагинация).

Ослабление или исчезновение кишечных шумов происходит в том случае, если они выслушивались ранее, и имеет большое диагностическое значение. Это свидетельствует о развившемся парезе или даже параличе кишечной мускулатуры, что приводит к нарушению перистальтики. Отсутствие кишечных шумов в клинике получило название «гробовой» или «могильной тишины», что наблюдается при разлитом перитоните.

Большинство органов брюшной полости покрыто брюшиной. Перистальтика желудка, кишечника, смещение некоторых внутренних органов во время дыхания (печень, желчный пузырь, селезенка, сальник) сопровождается трением брюшины. У здорового человека оно беззвучно, так как брюшина имеет гладкую поверхность, хорошо увлажнена, что создает идеальные условия для беззвучного скольжения. При развитии фиброзного (распространенного или локального) перитонита на поверхности брюшины откладывается фибрин, что создает условия более грубого трения и возникновения шума трения брюшины подобного шуму трения плевры.

С целью выявления шума трения брюшины выслушивание производится над местом проекции органа на брюшную стенку. Трубка последовательно, после спокойного умеренного вдоха и выдоха, перемещается над областью топографии органа, отыскивая звуки, напоминающие шум трения плевры, помня о том, что шум трения брюшины может иметь разную звучность – от едва уловимого до грубого, который может улавливаться даже пальпацией.

Шум трения брюшины обычно указывает на инфаркты или опухоли печени и селезенки и выслушивается соответственно в правом и левом верхних квадрантах живота. В норме шум трения брюшины не выслушивается.

В патологии он может выслушиваться над печенью при перисплените. Редко шум трения брюшины можно услышать в области проекции большого сальника при его воспалении. При задержке дыхания шум трения брюшины затихает.

Шумы, возникающие в животе, чаще не слышны на расстоянии, их можно услышать лишь с помощью фонендоскопа. Но иногда их звучность бывает значительной и они слышны без инструмента. Целый ряд кишечных шумов слышен на расстоянии. Сюда относятся кишечные шумы (borborygmi) при усиленной перистальтике кишок, часто они определяются у невротиков, а также у больных перитонитом и энтероколитом; громкое урчание – нередко бывает при сужениях и непроходимости кишок; шумы плеска – при наличии скопления в кишечнике большого количества жидкости и газов (энтериты), получаемые при легком поколачивании живота.

Шум плеска в желудке возникает при скоплении большого количества жидкости или воздуха и часто выслушивается невооруженным ухом при осмотре здоровых пациентов. Очень громкий шум плеска может указывать на непроходимость кишечника и дилатацию желудка.

Следует отметить, что чаще всего аускультацию живота проводят для оценки патологических кишечных шумов, забывая о шумах сосудистого происхождения. Однако систолический шум в эпигастрии не является редкой находкой. Шумы брюшной полости могут быть систолическими или непрерывными и выслушиваться в левом и правом верхних квадрантах или в эпигастральной области.

Обычно этот шум указывает на аневризму верхних отделов аорты, чревного ствола или брыжеечной артерии, хотя может встречаться и при беременности, а также у 20% здоровых женщин астенического телосложения. У мужчин такие шумы встречаются довольно редко.

Систолический шум над правым верхним квадрантом обычно указывает на развитие опухолей печени (например, гепатомы), но может встречаться при артериовенозных мальформациях (патологической связи между артериями и венами) и иногда при недостаточности трехстворчатого клапана. Систолический шум в левом верхнем квадранте может указывать на патологию селезенки (в основном сосудистые аномалии). Заболевания почечных сосудов также могут быть причиной появления систолических шумов в соответствующих областях.

Непрерывный шум (особенно если он выслушивается в эпигастральной области) обычно встречается у больных с портальной гипертензией. Его называют шумом Крювелье-Баумгартена. В фазе форсированного выдоха при проведении пробы Валсальвы шум усиливается. Он указывает на реканализацию пупочных вен. Жужжащий систолический шум над пупочной областью может встречаться при врожденном незаращении пупочных вен (болезнь Крювелье-Баумгартена) даже при отсутствии портальной гипертензии или других болезней печени.

Безусловно, проводить аускультацию брюшной полости у всех больных не имеет смысла, но у пациентов, имеющих вероятность патологии сосудов, почек, печени и селезенки, кишечника следует проводить обязательно.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ АТОПИЧЕСКИХ ДЕРМАТИТОВ У ДЕТЕЙ В г.о. САМАРА

Студентка 3 курса лечебного факультета ***О.В. Устьянцева****,*
зав. педиатрическим отделением ГБУЗ СОСГП №14 ***Т.А. Косынкина***
Кафедра фармации
Медицинский университет «Реавиз»
Научный руководитель ***д.м.н., профессор Н.В. Русакова***

Актуальность темы исследования атопических дерматитов связана с широким, на сегодняшний день все возрастающим распространением заболевания.

Цель исследования заключается в изучении особенности течения атопических дерматитов в зависимости от наследственно отягощающих факторов, характера питания и сопутствующей патологии.

Под нашим наблюдением находилось 20 детей в возрасте от 1 мес. до 7 лет. Из них 16 мальчиков (80%) и 4 девочки (20%). При физикальном обследовании у 11 мальчиков и 1 девочки высыпания на коже появились с 1-3 месяцев, что составляет 60%, с 3-12 месяцев – у 3 мальчиков и 1 девочки (20%), с 12 месяцев – у 2 мальчиков и 2 девочек (20%). Заболевание спровоцировано приемом соков у 15% детей, приемом лекарственных средств у 5%, а также у 5% высыпания были связаны с вакцинацией. У наблюдаемых детей в 90% случаев сопутствующий диагноз – дисбиоз кишечника. Выявлена перинатальная патология ЦНС у 55%, гипохромные анемии – у 25%, рахит I-II степени – у 10% детей. При исследовании кала выявлен дисбактериоз (staph. aureus 63%; klebsiellae 27%). Серологические исследования проведены у 25% детей. Выявлен лямблиоз у 10%, аскаридоз – у 5%, цитомегаловирусная инфекция – у 10%. Дети осмотрены гастроэнтерологом и аллергологом-иммунологом. Были даны рекомендации о необходимости консультации дерматолога в 70% случаев. На обследование детей была истрачена поликлиникой значительная сумма денег, что не является обоснованным с нашей точки зрения.

Мы считаем, что мамам детей следует знать о высокой информативности таких методов, как копрологическое исследование (стеаторея, кристаллы жирных кислот при заболеваниях желчевыделительной системы, мыла при застойных явлениях в желудочно-кишечном тракте, при запорах, амилорея – большое количество крахмала при поражении поджелудочной железы может быть в норме при чрезмерном употреблении углеводов), исследование кала на дисбактериоз; о ведущей роли педиатра в лечении и осуществлении контроля за ребенком; о необходимости наладить обмен информацией с кожно-венерологическим диспансером.

Все это должно привести к снижению затрат поликлиникой на необоснованные направления к аллергологу, гастроэнтерологу, дермато-венерологу.

АНАЛИЗ ПРАВИЛЬНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ КОДОВ МКБ

*Аспирант **А.В. Федяева***
Кафедра гуманитарных и социально-экономических дисциплин
Московский медицинский университет «Реавиз»
*Научный руководитель **д.м.н. С.Н. Черкасов***

Использование международной классификации болезней десятого пересмотра (МКБ-10) является обязательным при кодировании медицинской диагностической информации. Неправильное использование кодов может привести к искажениям статистической отчетности, на основании которой выполняется анализ ситуации и принимаются управленческие решения. Несмотря на длительный период использования данной квалификации проблемы при ее использовании остаются.

Цель исследования заключается в выполнении оценки правильности использования кодов МКБ в амбулаторной практике.

Исследование проведено на базе амбулаторных медицинских организаций 3-го уровня Троицкого и Новомосковского административных округов г. Москвы.

При анализе нозологический групп пациентов, обращающихся за медицинской помощью в амбулаторно-поликлинические учреждения 3-го уровня, выявлено их значительное расхождение с подаваемой отчетностью окружных специалистов по нозологическим формам. За период 2014 года из различных поликлинических учреждений с направительным диагнозом i84.0 к окружному колопроктологу Троицкого и Новомосковского административных округов города Москвы было направлено 314 пациентов. Однако в поданных таблицах учета работы колопроктологического кабинета пациентов с кодом i84.0 не было. Анализ первичной документации был проведен путем сопоставления диагнозов и кодов МКБ. Были проанализированы карты амбулаторного больного и направления из учреждений 1 и 2 уровня в окружной колопроктологический кабинет. В результате проведенного анализа было выявлено значительное число несоответствий диагноза и кода. Так код i84.0 употреблялся как для кодирования разновидностей геморроидальной болезни, так и для кодирования иных колопроктологических заболеваний, что приводило к значительному расхождение в данных о заболеваемости, численности и распространенности колопроктологической патологии.

Установлено, что имеет место крайне низкий уровень подготовки медицинского персонала по базовым навыкам работы с МКБ.

ОСОБЕННОСТИ ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ ПРИСТУПОВ ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИИ, ПРОТЕКАЮЩИХ С ДЕПРЕССИВНЫМ АФФЕКТОМ

*Студент 5 курса лечебного факультета **С.А. Шляпников***
Кафедра клинической медицины
Медицинский университет «Реавиз»
*Научный руководитель **к.м.н., ст. преподаватель Л.В. Васюк***

Целью исследования данной работы стало выделение типов течения приступов параноидной шизофрении в зависимости от степени выраженности депрессив-

ного аффекта. В задачи нашего исследования входило: описание основных типов приступов параноидной шизофрении с депрессивным аффектом; оценка выраженности депрессивных симптомов в структуре различных типов приступов параноидной шизофрении.

Нами обследовано 10 мужчин и 6 женщин в возрасте от 25 до 52 лет с диагнозом: «Параноидная шизофрения, шубообразное течение», верифицированным согласно критериям МКБ-10, находящихся на стационарном лечении в Самарской психиатрической больнице. Давность заболевания – от 2 до 15 лет. Давность текущего обострения у всех больных – от 2-х до 4-х недель. Оценка тяжести психопатологической симптоматик по шкале PANSS составляла от 70 до 90 баллов, по шкале CGI- S – от 4 до 6 баллов.

Мы использовали следующие методы исследования: клинико-психопатологический метод; оценочные шкалы: PANSS (шкала позитивных и негативных симптомов), CGI- S (шкала общего клинического впечатления), HAM-D, MADRS (шкалы Гамильтона и Монтгомери – Асберг для оценки депрессий), опросник EQ -5 D.

Нами выделены типы депрессий в структуре параноидных и галлюцинаторно-параноидных приступов шизофрении. У большинства больных (7 из 16) тип депрессии был тревожным, у 2 – апатический, у 2 – меланхолический, у 2 – астено - адинамический. У 3 пациентов отмечались смешанные аффективные состояния с преобладанием депрессивных симптомов. Динамика приступов коррелировала с типом депрессии: наиболее быстрая редукция продуктивной симптоматики на фоне терапии нейролептиками отмечалась при тревожной депрессии и при смешанных состояниях, в то время как приступы шизофрении с другими типами депрессивной симптоматики были более затяжными.

Выделение типов депрессий в структуре приступов параноидной шизофрении позволяет прогнозировать течение приступов. В зависимости от тяжести и структуры депрессивной симптоматики при её оценке по шкалам Гамильтона и Монтгомери – Асберг может осуществляться подбор схемы терапии.

Секция 6.
НОВЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ВНУТРЕННИХ БОЛЕЗНЕЙ

ФИЗИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ОРВИ В КОМПЛЕКСЕ С МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ТЕРАПИЕЙ

Студентка 4 курса педиатрического факультета ***А.О. Абдуразакова****,*
ассистент ***Н.В. Сушкова***
Кафедра пропедевтики внутренних болезней
ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России
Научный руководитель ***к.м.н., доцент В.Г. Субботина***

Стабильно высокий уровень заболеваемости ОРВИ сохраняется в настоящее время среди всех возрастных групп, при этом на протяжении последних лет отмечается тенденция роста этими заболеваниями [Знаменская А.А., 2011]. Высокая заболеваемость ОРВИ обусловлена следующими факторами - воздушно-капельным путем передачи и высокой вирулентностью возбудителей данной группы заболеваний.

Большое значение имеют также снижение иммуннологической резистентности и глубокое подавление функциональной активности различных звеньев иммунной системы, которые приводят к обострению многих хронических заболеваний, а также к возникновению вторичных бактериальных осложнений. Это позволяет рассматривать ОРВИ как фактор, значительно повышающий заболеваемость в целом, придавая проблеме лечения и профилактики особую значимость и актуальность [Бурцева Е.И., 2005; Лобзин Ю.В., 2000].

В настоящее время в распоряжении врачей имеется широкий арсенал средств, используемых для профилактики ОРВИ: антивирусные химиопрепараты этиотропного действия, иммуннотропные средства для проведения неспецифической профилактики. Поиск и внедрение в клиническую практику лекарственных средств профилактики и лечения ОРВИ продолжает оставаться актуальной проблемой. Важным принципом системы мероприятий по защите населения от ОРВИ является комплексность, использование всех эффективных средств и методов профилактики в разных условиях и различных группах населения [Максакова В.Л., 2013].

Целью настоящего исследования стало изучение терапевтической эффективности применения динамической электронейростимуляции при ОРВИ.

Для проведения поставленных задач нами было обследовано 30 студентов в возрасте 20-21 год Саратовского ГМУ им. В.И. Разумовского, заболевших ОРВИ в период с ноября по декабрь 2014г, которые были разделены на две группы. 1 группа пациентов (13 человек) получала стандартное лечение ОРВИ: дезинтоксикационная, жаропонижающая (при повышении температуры тела

выше 38 – 38,5°С), противовирусная, общеукрепляющая терапия. 2 группа пациентов (17 человек) наряду с вышеуказанной терапией получали динамическую электронейростимуляцию (ДЭНС). Из числа обследованных были исключены пациенты с хроническими заболеваниями (хронический бронхит, гайморит, тонзиллит).

Динамическая электронейростимуляция проводилась аппаратом «ДЭНАС ПКМ» в следующих зонах воздействия.

1. Крылья носа и область проекции околоносовых пазух. Воздействие стабильное.

2. Подчелюстная область (проекция гортани, подъязычных и подчелюстных лимфатических узлов). Воздействие стабильное.

3. Зона 7-го шейного позвонка: остистый отросток 7-го шейного позвонка. Воздействие стабильное.

4. Зона яремной ямки (проекция трахеи): место соединения внутренних концов ключиц и верхнего края рукоятки грудины. Воздействие стабильное.

5. Точки хэ-гу: парная зона, расположенная на тыле кисти в области между I и II пястными костями. Воздействие стабильное.

6. Точки цзю-сан-ли: парная зона. Располагается под нижним краем коленной чашечки, на линии, проходящей по наружному краю надколенника.

7. Точки прямой проекции надпочечников: парная зона. Располагается на задней поверхности тела, слева и справа от позвоночника на уровне 11 – 12-го грудного позвонков.

При зональной обработке использовался в основном режим «терапия» (77 Гц) с комфортным для пациента уровнем мощности. В острый период (первые два дня) сеансы проводились три раза в день, последующие два дня - два раза в день, затем, к седьмому дню, кратность сеансов составила 1 раз в сутки. ДЭНС переносилась больными хорошо, побочных реакций отмечено не было.

На основании проведенного исследования выявлено благоприятное влияние ДЭНС на клинические симптомы ОРВИ. У группы пациентов, которые получали ДЭНС, отмечалась более быстрая положительная динамика обратного развития ОРВИ: на более ранних сроках купировались симптомы ринита, ларингита, уменьшились проявления общего интоксикационного синдрома («ломота» в теле, слабость, потливость).

Выводы: целесообразно (с учетом сопутствующей патологии и возраста пациента) рекомендовать ДЭНС терапию в дополнение к стандартным методам лечения с целью более раннего купирования болезненных проявлений и выраженности интоксикационного синдрома.

ПРЯМАЯ ДНК-ДИАГНОСТИКА ГЕНЕТИЧЕСКИХ МАРКЕРОВ СИНДРОМА ЖИЛЬБЕРА

Студентка 6 курса лечебного факультета ***О.В. Желтякова***
Кафедра внутренних болезней
Медицинский университет «Реавиз»
Научный руководитель ***к.м.н. В.Ф. Роганов***

Синдром Жильбера встречается в среднем у 5% населения. Это наследственное заболевание, характеризующееся эпизодами желтухи, которое развивается вследствие повышения непрямого билирубина в сыворотке крови. В основе синдрома Жильбера – снижение функциональной активности фермента печени – уридинфосфатглюкуронилтрансферазы (УДФГТ). При распаде эритроцитов выделяется прямой билирубин, который затем поступает в кровь, и в норме, в гепатоцитах (клетках печени) связывается с глюкуроновой кислотой под влиянием УДФГТ. При недостаточности данного фермента нарушается захват билирубина и его конъюгация, что приводит к повышению уровня билирубина и его накоплению в тканях – этим объясняется желтушность.

Фермент УДФГТ кодируется геном UGT 1A1. Ген расположен на хромосоме 2 в регионе 2q37.1.

Мутация в промоторной области гена UGT 1A1 характеризуется увеличением количества (TA)-повторов (в норме их число не превышает 6). Если их становится 7 в гомозиготном или гетерозиготном состоянии, функциональная активность фермента УДФГТ снижается – это обязательное условие для возникновения синдрома Жильбера. У гомозиготных носителей мутации заболевание характеризуется более высоким уровнем билирубина и выраженными клиническими проявлениями. У гетерозиготных носителей преобладает латентная форма, проявляющаяся, как правило, в возрастании уровня билирубина. Мутации в данном гене приводят также к развитию синдрома Криглера-Найяра, семейной транзиторной неонатальной гипербилирубинемии, повышенному уровню сывороточного билирубина.

Считается, что заболевание может проявляться в разном возрасте у мальчиков, чаще в подростковом периоде. В большинстве случаев клинические симптомы возникают после перенесенного острого заболевания, в основном вирусной этиологии, после эмоциональной или физической нагрузки, употребления алкоголя, приема ряда лекарственных препаратов, в метаболизме которых участвует УДФГТ. Также желтуха может быть спровоцирована голоданием, солнечным облучением, нарушением питания (употребление жирных, консервированных продуктов с избыточным количеством специй).

Типичным проявлением болезни Жильбера является желтуха. Наблюдаются также астеновегетативные расстройства: слабость, нарушения сна, повышенная утомляемость. При длительно текущей гипербилирубинемии бывают депрессии. Также характерны диспептические явления и тяжесть в правом подреберье. Редко под влиянием света появляется тенденция к пигментации кожных покровов. По

некоторым данным, синдром Жильбера сочетается с дискинезией желчевыводящих путей.

Гипербилирубинемия (повышение уровня билирубина) чаще всего составляет не более 100 ммоль/л с преобладанием непрямой фракции. Остальные печеночные пробы, как правило, не изменены.

Часто отмечается бессимптомное течение, когда синдром Жильбера может обнаруживаться при случайно выявленных отклонениях в биохимическом анализе крови (показатель билирубина).

Самый быстрый способ выявить синдром Жильбера – прямой ДНК-анализ, заключающийся в определении числа (TA)-повторов в гене UGT1A1.

В 2014 году на базе лаборатории ООО «Ситилаб» было обследовано 50 человек с подозрением на носительство мутации в промоторной области гена UGT 1A1.

Среди них – 23 женщины и 27 мужчин. Возрастных различий между группой мужчин и женщин мы не выявили ($p>0,05$). Поэтому нельзя сказать, что у мальчиков заболевание чаще начинает проявляться в подростковом возрасте. результаты выявления мутаций в промоторной области гена UGT 1A1 представлены в следующей таблице.

Результаты определения мутаций в промоторной области гена UGT 1A1 (полученные нами)

Генотип	Мужчины	Женщины
28*/28*	20	19
1*/28*	6	4
1*/1*	1	0

По полученными нами данным можно заключить, что мутации в промоторной области гена UGT 1A1 встречаются с одинаковой частотой в группе мужчин и женщин, причем проявление заболевания не зависит от возраста пациента.

Своевременная диагностика синдрома Жильбера позволяет отличить его от других заболеваний печени и крови, вовремя ограничить прием препаратов, обладающих гепатотоксическим действием, скорректировать образ жизни пациента до полного исчезновения дискомфорта, вызываемого гипербилирубинемией.

ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ДЭНС-ТЕРАПИИ ПРИ ДЕГЕНЕРАТИВНО-ДИСТРОФИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПОЗВОНОЧНИКА

Студентка 4 курса лечебного факультета ***Е.И. Коваленко***
Саратовский филиал Медицинского университета «Реавиз»
Научный руководитель: ***к.м.н., доцент О.И. Дралина***
Практический руководитель: ***к.м.н А.В. Скорляков***

Остеохондроз позвоночника – преждевременное старение межпозвонковых дисков. Причины, вызывающие изменения в межпозвонковых дисках, до конца не изучены. По статистике люди начинают чувствовать проявления остеохондроза чаще всего после 35 лет. Развитию и обострению этого заболевания способствуют

различные травмы спины, статические и динамические перегрузки, а также вибрация. Чем старше человек, тем больше у него проявлений. Но в последние годы все больше людей в возрасте от 18 до 30 лет обращаются с жалобами на боли в спине. Причин для раннего проявления заболевания немало: слабая физическая подготовка, нарушение осанки и искривление позвоночника, плоскостопие и излишний вес, не исключается и роль факторов нарушенной экологии, и современные продукты питания.

Межпозвонковые диски – фиброзно-хрящевые пластины, расположенные между телами позвонков. Если происходит потеря диском эластичных свойств, то верхний позвонок просаживается на нижний. При этом уменьшается межпозвонковое отверстие, и спинномозговой нерв с сосудами, проходящими через это отверстие, сдавливаются. Нарушение питания межпозвонкового диска приводит к потере прочности его фиброзного кольца, которое из-за постоянного давления со стороны ядра диска начинает в каком-либо месте выпячиваться. Так образуется межпозвонковая грыжа диска. Во время больших нагрузок на позвоночник грыжа сдавливает спинномозговые нервы, что проявляется различной симптоматикой.

Клиническая картина и жалобы пациента зависят от локализации повреждения. Выделяют шейный, грудной и поясничный остеохондроз. Шейный остеохондроз может начинаться с появления острой боли в шее, напряжения шейных мышц, что приводит к длительному вынужденному положению головы. Боль может распространяться в руку, лопатку или переднюю поверхность грудной клетки, усиливаться от кашля, чихания, движений головы. Возможно развитие так называемого синдрома позвоночной артерии, который клинически проявляется шумом в голове, головокружением, мельканием «мушек» перед глазами, возможна жгучая и пульсирующая головная боль. Причиной синдрома позвоночной артерии является ее спазм в ответ на непосредственное раздражение симпатического сплетения в результате костных разрастаний, грыжи диска, артроза межпозвонкового сустава. Возможны и рефлекторные реакции вследствие раздражения рецепторов позвоночника. Наличие синдрома позвоночной артерии может вызывать артериальную гипертензию, усугубить имеющееся нарушение мозгового кровообращения. Остеохондроз грудного отдела позвоночника проявляется опоясывающими болями в грудной клетке, возможны боли в области сердца и органов брюшной полости. Пояснично-крестцовый остеохондроз может начинаться с люмбалгии – острой, резкой боли в пояснице («прострел»), которая возникает внезапно после охлаждения, неловких движений, во время подъёма тяжестей. Боль иррадиирует в крестец, ягодичную область, нижние конечности, в органы малого таза.

Лечение остеохондроза и его осложнений проводят с помощью консервативных методов, направленных на устранение болевого синдрома и предупреждение прогрессирования деструктивно-дистрофических изменений в структурах позвоночника. Консервативное лечение включает в себя медикаментозную терапию, лечебную физкультуру, кинезитерапию, лечебные блокады, физиотерапию, массаж, мануальную терапию, вытяжение (тракцию) позвоночника, рефлексотерапию.

При неэффективности консервативного лечения и по специальным показаниям проводится оперативное (хирургическое) лечение, объем которого зависит от выраженности поражения и клинических проявлений заболевания.

Длительность лечения остеохондроза и его осложнений зависит от тяжести заболевания, степени деструктивных изменений, эффективности применяемых ранее методов лечения, а также добросовестного выполнения больными назначе-

ний и рекомендаций лечащего врача. Как показывает практика, активная фаза лечения в большинстве случаев длится 1-3 месяца при применении консервативных методов, а восстановительный период после операции – около 1 года. В начале лечения у некоторых пациентов возможно усиление болевого синдрома, связанного с реакцией организма на непривычные для него воздействия.

Несмотря на многообразие методов лечения, стойкого купирования болевого синдрома удается достичь далеко не всегда. На сегодняшний день эффективно используется в лечении болевого синдрома метод динамической электронейростимуляции (ДЭНС).

ДЭНС-терапия – это немедикаментозный метод лечения, основанный на воздействии на определенные зоны кожи импульсами электрического тока, форма которых зависит от величины электрического сопротивления поверхности кожи в подэлектродном участке. В результате такого воздействия возникает каскад ответных реакций организма, ведущий к самооздоровлению. Ближайшая цель динамической электронейростимуляции – снятие боли и предупреждение ее повторения, отдаленная – восстановление поврежденных структур (при проведении повторных курсов).

Под наблюдением в медицинском центре «Саратов – ДЭНС» находилось 24 пациента в возрасте от 36 до 64 лет с длительно существующим болевым синдромом. У 21 пациента диагностировали пояснично-крестцовый остеохондроз, у двух – шейный остеохондроз и у одного – распространенный остеохондроз позвоночника. Амбулаторное лечение нестероидными анальгетиками у этой группы больных оказалось неэффективным. Пациенты предъявляли жалобы на боли в спине с иррадиацией в руку, ногу, ягодицу.

При острой боли использовали следующую методику ДЭНС-терапии: определяли локализацию максимально болезненной зоны на спине путем опроса и пальпации. Обрабатывали лабильным способом шейно-воротниковую зону, грудной отдел или пояснично-крестцовую зону в зависимости от локализации процесса в режиме «Терапия» на частоте 200 или 140 Гц до исчезновения боли или до значительного снижения её. По мере уменьшения боли использовались частоты 77,20 Гц в универсальной зоне заднего срединного меридиана и паравертебральных (околопозвоночных) зонах. В области иррадиации боли – в режиме «Терапия» на частоте 77 Гц лабильным способом 10-15 минут. Дополнительно обрабатывались зоны соответствия по Су-Джок на частоте 77 Гц в течение 5-10 минут и аурикульные точки 37, 38, 39, 40 на частоте 10 или 20 Гц по 2-3 минуты.

Курс ДЭНС-терапии составил от 10 до 21 сеанса по 45 минут ежедневно. У 10 пациентов проведено по 2 курса, у 1-го пациента – 4 курса, у 13 пациентов – по 1 курсу. В среднем значительное улучшение достигалось на 5-6 день проводимой терапии. У пациентов, прошедших лечение методом электрорефлексотерапии, от 4 до 8 месяцев сохранялась стабильная ремиссия. При этом ДЭНС-терапия не вызвала побочных эффектов ни у одного из пациентов.

Лечение методом динамической электронейростимуляции позволяет быстро снять боль в спине, предупредить её повторение, уменьшить приём лекарственных средств и значительно сокращает сроки восстановления пациентов.

СКРИНИНГОВАЯ ДИАГНОСТИКА У СТУДЕНТОВ ВЫСШИХ УЧЕБНЫХ ЗАВЕДЕНИЙ г. САМАРЫ

Студентка 6 курса лечебного факультета ***О.Ю. Краснова***
Медицинский университет «Реавиз»
Кафедра внутренних болезней
Научный руководитель ***к.м.н. В.Ф. Роганов***

Железодефицитные анемии (ЖДА) – широко распространенные заболевания, при которых снижается содержание железа в сыворотке крови, костном мозге и других депо организма человека. По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), железодефицитные анемии встречаются у 1,7 млрд. населения земного шара, а людей со скрытым дефицитом железа, когда уровень гемоглобина остается еще нормальным, но запасы железа снижены – в 2 раза больше.

Целью данной работы стало выявление анемий у студентов вузов г. Самары для выявления анемий у большой категории населения. Нами разработана скрининговая диагностика, позволяющая быстро выявить указанную патологию и ее причины. Нами разработана анкетная диагностика, где с 12 по 24 вопросы, указывающие на кровотечения, причины которых связаны с кровопотерей, с 25 по 30 вопросы, указывающие на клинические признаки развития железодефицитной анемии.

В анкетировании участвовали студенты медицинкого университета «Реавиз», архитектурно-строительного университета, Самарского государственного педагогического университета.

При проведении анкетирования так же были опрошены мужчины. Они с радостью соглашались ответить на вопросы анкеты, но отвечали на них скупо, стеснялись. Тем не менее, нам удалось выявить у 7 опрошенных явления пикоцизма (нравится запах бензина, пристрастие к сырому мясу); 5 человек страдают хроническим панкреатитом; 1 - ревматоидным артритом,15 - гастритом, у одного опрошенного хронический алкоголизм, 23 опрошенных мужчин являются курильщиками в течение многих лет (в среднем от 12 сигарет в день), 20 имеют ломкость ногтей, выпадение волос.

Таким образом, с помощью проведенного анкетирования мы выявили причину и клинику железодефицитной анемии, сопутствующие заболевания и факторы риска. Для уточнения диагноза нами рекомендовано опрошенным углубленное дообследование в амбулаторных условиях или в стационаре.

Также нами проведено анкетирование 110 человек в возрасте от 18 до 40лет, из них 40 мужчин и 70 женщин. У 40% опрошенных в течение многих лет отмечались общая слабость, ломкость и выпадение волос, хрупкость и исчерченность ногтей. У 10% человек было изменение вкуса в течение последних 6-7 лет, проявляющиеся пристрастием к мелу, сырому мясу, наблюдалось извращение обоняния.

С помощью анкеты нам удалось выяснить причины развития тромбоцитопении:

у 10% опрошенных отмечалась кровоточивость десен при чистке зубов в течение последних 5-9 лет; у 10 % опрошенных были носовые кровотечения (частые, редкие, обильные, умеренные); у 60% женщин отмечались обильные менструальные кровопотери, продолжающиеся в течение от 5 до 7 дней, сопровождающиеся бо-

лями схватхообразного характера внизу живота, тошнотой, рвотой, поносом, головной болью, болезненностью молочных желез, раздражительностью, плаксивостью.

Участникам опроса с признаками сосудистого тромбоцитарного гемостаза было рекомендовано пройти лабораторное обследование.

С помощью анкеты нам удалось выяснить причины развития анемии:

у 15 % опрошенных женщин были беременности, роды, кормление ребенка грудью от 1 года до 1,5, а иногда и до 3 лет; 20% женщин страдали геморроем с умеренными и выраженными геморроидальными кровотечениями более 1 раза в месяц в течении многих лет.

У многих опрошенных анкета позволила выявить сопутствующие заболевания и факторы риска, способствующие развитию анемий.

1. Хроническими заболеваниями страдают многие опрошенные: гастрит - 20%, панкреатит - 10%, хронический пиелонефрит - 5 %. Так же выявлены заболевания: ревматоидный артрит (1%), сахарный диабет (1%), гипотериоз (5%), болезнь Бехтерева (4%).

2. В течение многих лет 15% опрошенных постоянно принимают лекарственные препараты (бигуаниды, фенилбутадион, аспирин, пероральные контрацептивы, НПВС, глюкокортикоид).

Отмечены различные сочетания причин анемии и клинических проявлений, у 30% опрошенных отмечено сочетание признаков хронического панкреатита, гастрита, хронического пиелонефрита, общей слабости, ломкости и выпадения волос, хрупкости и исчерченности ногтей, умеренной кровоточивости десен при чистке зубов, обильных менструальных кровопотерь, беременности, родов, кормления ребенка грудью более 1 года, геморроидальных кровопотерь.

У 10 % наблюдалось наличие аутоимунных процессов (ревматоидный артирит, СД, гипотериоз,болезнь Бехтерева).

Примечание

Анкета для выявления анемий (выявление лиц, нуждающихся в углубленном обследовании в клинике внутренних болезней)

1. Ф.И.О.
2. Год рождения.
3. Профессия.
4. Профессиональные вредности (бензин, бензол, ядохимикаты, лаки и др.).
5. Пол.
6. Житель города, села.
7. Бытовые условия.
8. Семейное положение.
9. Трудоспособность:

а) сохранена, учится;

б) ограниченно, сохранена, инвалид 3 группы.

10. Перенесенные заболевания (включая детские болезни).
11. Хронические заболевания:

а) нет; б) есть, какие?

12. Носовые кровотечения:
а) нет; б) есть (с 19____г., в течение_____лет).
Обильные -1 раз в неделю; умеренные - 1 раз в месяц; ежедневно.
13. Менструация (с 19____г., в течение_____лет):
а) до _____дней.
14. Менструальные кровопотери:
а) сгустки; б) обильные все дни; в) обильные в первые дни; г) умеренные.
15. Изменение общего состояния во время месячных:
а) не изменяется; б) ухудшается (как?).
16. Кровоточивость десен при чистке зубов (с …….лет, в течение…….лет):
а) нет; б) есть (умеренная, выраженная).
17. Геморроидальные кровопотери (с…..лет, в течение …..лет).
а) Есть (обильные - 1 раз в месяц; умеренные - 1 раз в неделю; ежедневно).
б) Нет.
18. Желудочные кровотечения:
а) нет; б) были …..раз.
19. Кишечные кровотечения:
а) нет; б) были……раз.
20. Почечные кровотечения:
а) нет; б) есть (кровь в моче - 1 раз в год; кровь в моче - 2-3 раза в год; чаще).
21. Кровоизлияния в мелкие и крупные суставы:
а) нет; б) есть: редко (1 раз в несколько лет); часто (в год…….раз).
22. Кровоизлияния на коже - «синяки» в течение…….лет:
а) нет; б) есть (при ушибах; без видимых причин).
23. Операции с кровотечениями:
а) не были; б) были (какие, когда).
24. Кровотечения после удаления зуба - до 30-40 мин. и более.
а) Нет. б) Есть.
25. Ломкость волос (секутся), ногтей, выпадение волос, сухость кожи, трещинки в углах рта, боль в языке, затруднение при глотание твердой пищи, иногда онемение участков кожи, «ползание мурашек» (с 19_____г._____лет, в течение_____лет).
а) Нет. б) Есть (умеренное; сильное).
26. Извращение вкуса и обоняния (нравится мел, уголь, глина, сырое мясо, запах бензина, красок, выхлопных газов машин, свежей побелки и др.)
а) Нет. б) Да.
27. Изменение аппетита (снижение и тяга к острой, соленой пище).
а) Нет. б) Да.
28. Кровотечения, связанные с нервными нагрузками и психическими травмами (в течении…….лет).
а) Да. б) Нет
29. Количество беременностей, родов, абортов (с кровотечениями, без них).

30. Лактация (кормление ребенка грудью).

а) До 6 месяцев. б) До года. в) Более 1 года.

31. Пребывание на больничном листе в течение последних 5 лет:

20___г. _____дней.

20___г._____дней.

20___г. _____дней.

20___г._____дней.

20___г. _____дней.

32. После последней госпитализации прошло ……месяцев, …….лет

33. Основные лекарства, которыми лечились в течение всей жизни: ферроплекс, феррум-лек, нуклеинат натрия, дицинон, рутин, лекарственные травы, анальгин, цитрамон, пенталгин, седалгин.

34. Какие лекарства принимаются в настоящее время?

35. Лечится:

а) регулярно (до 1 года, 1-3 года, 3-5 лет, более пяти лет); б) не регулярно.

36. Какие лекарства не переносите, как это проявляется?

37. Проводилось ли ранее переливание крови? Сколько раз?

38. Эффект от лечения:

а) состояние нормализовалось (в том числе по картине крови);

б) самочувствие улучшилось.

39. Характер питания:

а) разнообразное; б) преимущественно мясное; в) растительное; г) молочное.

40. Вредные привычки (алкоголь, курение, наркотики).

41. Проведение досуга (чтение художественной литературы, газет, журналов, отдых у телевизора, посещение театров, кино, музеев).

42. Проведение отпуска (дома, в санатории, в доме отдыха, на турбазе).

43. Общественная деятельность:

а) занимается; б) нет.

44. Физическая активность: утренняя гимнастика, физкультура, работа на даче. Она влияет на заболевание (положительно, отрицательно, не влияет).

«ГОРОДСКИЕ» СИНДРОМЫ В КЛИНИКЕ ВНУТРЕННИХ БОЛЕЗНЕЙ

Студентка 3 курса лечебного факультета ***Д.О. Лункевич****,*
ассистент кафедры пропедевтики внутренних болезней ***Т.М. Богданова***
Кафедра пропедевтики внутренних болезней
ГБОУ ВПО им. В.И. Разумовского Минздрава России
Научный руководитель ***к.м.н., доцент В.Г. Субботина***

Симптоматика большого количества заболеваний описывается при помощи образных сравнений из «бытовой» сферы, имеющих очень давнюю историю. Совершенно особо в медицине стоят в качестве обозначения симптомов или синдромов имена литературных героев или писателей. Прежде всего, следует на-

звать синдром Пиквика, симптом Мюссе, синдром Ван Гога: первый связан с именем литературного героя, второй-поэта, третий - художника.

Многие образные обозначения симптомов в Международную классификацию болезней не входят, но врачами широко используются в повседневной практике. Сюда относятся синдром Мюнхгаузена, симптом Дориана Грея, симптом Фреголи, синдром Стендаля, синдром Питера Пена и другие.

Технический прогресс XIX – XX веков, давший возможность передвижения на поездах, самолетах, породил во многих людях тягу к путешествиям и стал причиной появления новых «городских» синдромов и их образных описаний в клинике соматических и нервно-психических заболеваний.

Одним из таких синдромов является Иерусалимский. Так именуется психическое расстройство, которое возникает при посещении Иерусалима у паломников и туристов вне зависимости от религии. Ежегодно в Иерусалим прибывает около 2000 туристов, минимум 100 из которых, проникнувшись святостью мест, впадают в состояние сильной экзальтации, а иногда объявляют себя пророками. Эти «персонажи священных писаний» наделены манией величия, считают, что обладают сверхъестественными способностями и призваны совершить некую высшую миссию (например, спасти мир или построить Третий Храм). Расстройство сопровождается бредом, галлюцинациями, наблюдается состояние взволнованности, желание гулять в одиночестве, повышенное внимание к чистоте тела (слишком частое посещение душа, отрезание ногтей), изготовление тоги или набедренной повязки (обычно из белой простыни), желание декламировать религиозные тексты. В особо запущенных случаях страдающие Иерусалимским синдромом могут представлять опасность для окружающих. Есть данные о том, что паломники поджигали Иерусалимскую мечеть Аль-Акса. Хотя пожар и не нанес серьезного ущерба святыне, но стал причиной беспорядков. Так, паломник, совершивший поджог, считал, что послан Богом для того, чтобы расчистить место для Третьего Храма, после возведения которого случится второе пришествие Христа. Это психическое расстройство появляется у посетителей Иерусалима в тех случаях, когда их хрупкая психика не выдерживает восторга и потрясения от встречи с Вечным Городом. В Иерусалимской психиатрической больнице «Кфар-Шауль» существует даже специальное отделение, куда регулярно доставляют пациентов с Иерусалимским синдромом — жертв собственной впечатлительности. Число госпитализированных доходит до шести десятков человек в год. Причем, речь идет лишь о туристах, отличившихся особо буйным поведением в общественных местах, так как тот, кто, вдруг, осознав себя пророком, продолжает вести себя тихо и мирно, может и не попасть в лечебное учреждение. Обычно проявление психоза не длится долго. И человек в течение нескольких дней приходит в себя, при этом не помня, что с ним происходило. А вообще Иерусалимский синдром в той или иной степени поражает всех, кто оказался в этом великом городе. Просто не каждый посетитель ходит по улицам и поет псалмы, завернувшись в простыню, – таких единицы, большинство же испытывают трепет, волнение и приток благодатных сил оттого, что Библия начинает оживать на их глазах. После

нескольких недель проживания в городе либо после отъезда из Иерусалима проявления синдрома проходят.

Что-то похожее на Иерусалимский синдром происходит при посещении и других религиозных центров – Мекки и Рима.

Не меньший интерес для врачей представляет и другой синдром – Парижский. Впервые этот синдром был описан в 1986 году и связан с жестоким разочарованием, которое испытывают туристы, приезжая в столицу Франции. Считается, что этот синдром является психическим расстройством, которое возникает у чересчур впечатлительных, чувствительных и восприимчивых японцев, хотя теоретически Парижский синдром может возникнуть у любого человека. Средствами массовой информации создается идеализированный образ Парижа, в который верят особенно японцы. Но при посещении Франции действительность порой расходится с их представлением о романтическом и прекрасном городе. Они, туристы, ожидают увидеть город, знакомый по красивым открыткам, фильмам, рекламным роликам. Гости города ожидают, что улочки будут уютными и чистыми, парижане вежливыми и обходительными, отовсюду будет литься музыка аккордеона, а запах каштанов, круасанов будет будоражить аппетит. Но в реальности посетители иногда видят грязные улочки и грубых, часто неопрятных и неприветливых французов, высокие цены, невежливых официантов. Это приводит к тому, что около 20 японцев в год впадают в острое бредовое состояние и испытывают чувство преследования, дереализацию, деперсонализацию, тревогу и другие проявления психического расстройства. Симптомами Парижского синдрома являются: депрессия, поведенческие нарушения (галлюцинации, мания преследования, агрессивность, мегаломания), а также сильные приступы раздраженности и подавленности. В особо запущенных случаях это заболевание может довести даже до самоубийства. В японском посольстве в Париже даже открыт отдел психологической помощи для таких пострадавших.

В медицине есть еще один «городской» синдром – синдром Флоренции или синдром Стендаля. Он проявляется тогда, когда количество осмотренных достопримечательностей достигает некоторого порога и человек перестает их воспринимать. Свое название синдром получил благодаря классику французской литературы Анри Стендалю, который был человеком впечатлительным, как и подобает творческим личностям. Во время поездки во Флоренцию он зашел в церковь Святого Креста. Увиденное произвело на писателя столь сильное впечатление, что, выйдя из церкви, Стендаль едва не потерял сознание. Впрочем, знаменитый французский писатель был не одинок в своих переживаниях. Впервые синдром был описан в 1979 году, хотя и ранее было описано немало случаев приступов меланхолии у посещавших Флорентийскую галерею Уффици. Считается, что больше всего шансов заболеть синдромом Стендаля у женщин от 25 до 40 лет, а также у людей впечатлительных, образованных, обладающих высоким уровнем культуры. Особенно это свойственно тому, кто долгое время вынашивал мысль о путешествии, с нетерпением ожидал встречи с шедеврами искусства и архитектуры. А вот туристы из Северной Америки и Азии не подвержены этому син-

дрому, поскольку увиденное не связано с их культурой. Во время визита в один из 50 музеев Флоренции, колыбели Ренессанса, наиболее часто возникает это расстройство, которое проявляется у пораженного до глубины чувств посетителя. При этом он необычайно остро воспринимает все эмоции, как бы переносясь в пространство изображения. Симптомами этого синдрома являются сильное сердцебиение, головокружение, ощущение отсутствия опоры под ногами, возникающее у того, кто находится в зоне воздействия произведений искусства, в месте их сосредоточения, вплоть до полной потери ориентации в пространстве и до галлюцинаций. Особенность симптомов заключается в том, что они возникают непосредственно после созерцания великих шедевров. В некоторых случаях это состояние бывает настолько тяжелым, что вызывает яркие галлюцинации у человека, дезориентирует его вплоть до полного непонимания того, где он находится.

Следующие синдромы - Стокгольмский, Лимский, Итальянский – совершенно не связаны с искусством, но также являются «городскими», рассматриваются как психические расстройства в следствие сильных нервных потрясений.

Термин «Стокгольмский синдром» появился после событий 1973 года в Стокгольме. Данный синдром получил название после ограбления, случившегося в Стокгольме в августе 1973 года. Сбежавший из тюрьмы преступник в одиночку захватил банк, взял четырех его работников в заложники и держал их 5 дней. Через какое-то время по требованию преступника доставили в банк его сокамерника. В течение этих пяти дней пострадавшие эмоционально настолько привязались к своим стражникам, что стали защищать их во время осады банка и отказались давать против них обвинительные показания.

Стокгольмский синдром проявляется, когда человек, попавший в заложники, вдруг начинает ощущать симпатию, нежность к своему похитителю и даже добровольное согласие с ним, вне зависимости от риска и условий, в которых находится заложник. Синдром также проявляется в случаях насилия или просто жестокого обращения. Лежащий в основе синдрома механизм психологической защиты был описан за 37 лет до событий в Стокгольме британским психологом и психоаналитиком Анной Фрейд, дочерью Зигмунда Фрейда. Она дала ему название «идентификация с агрессором». Однако самый знаменитый пример Стокгольмского синдрома – это история Петти Хикст, дочери миллионера, которая была похищена в 1974 году. Она настолько привязалась к своим похитителям, что позднее даже принимала участие в ограблениях вместе с ними. На первый взгляд Стокгольмский синдром кажется парадоксальным, но большинство исследователей считают его нормальной реакцией на событие, сильно травмирующее психику. На чем основан этот механизм психологической защиты? Жертва верит, что если она будет безоговорочно выполнять все требования агрессора, он проявит снисхождение. Поэтому она старается всячески демонстрировать послушание, чтобы вызвать одобрение и покровительство агрессора, начинает оправдывать его действия.

В своей практике при описании синдрома психологи используют еще один термин, возникающий у людей, длительно находившихся на заработках за границей, которые при возвращении на родину долгое время не могут адаптироваться: Итальянский синдром характерен для многих рабочих-мигрантов. Термин «Итальянский синдром» используется сегодня и в контексте Украины, где 90% уехавших – женщины, которые взваливают на себя обеспечение семьи. Они думают, что поработают несколько лет, соберут денег, вернутся домой, но их дети и мужья за это время отдаляются от них и становятся вовсе чужими, привыкнув к тому, что присутствие их мамы и жены в семье выражается в телефонных звонках и регулярными денежными переводами. Все это приводит к тяжелым моральным переживаниям и даже психическим расстройствам у женщин.

Наукоемкие технологии в современной медицине требуют новой терминологии, но и сегодня образные обозначения симптомов остаются в повседневной практике врачей, и специалисты всех стран мира по этим описаниям могут понять, о каком болезненном проявлении идет речь. Владение медицинскими терминами – важное условие профессионализма врача, а знание их истории обогащает их понимание.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ГИРУДОТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ СТЕНОКАРДИИ

Студентка 7 курса лечебного факультета ***Л.А. Остроухова***
Кафедра внутренних болезней
Медицинский университет «Реавиз»
Научный руководитель ***к.м.н., доцент В.Ф. Роганов***

Врачи издавна применяют пиявок для лечения больных с заболеваниями сердца и кровеносных сосудов, получая при этом очень хорошие результаты. Гирудотерапию сердечно-сосудистой патологии с успехом поводили такие известные врачи, как Г.Ф. Ланг, Е.М. Тареев, С.Д. Заславская и другие видные медики.

Пиявка является эффективным средством лечения стенокардии. Стенокардия – форма ишемической болезни сердца (ИБС). При стенокардии возникает временное несоответствие между потребностью миокарда в кислороде и возможностями коронарного кровотока доставить кровь и кислород в миокард. Основные проявления болезни - внезапные приступы сжимающих давящих болей в груди. Стенокардии свойственна загрудинная локализация боли, но нередко ее ощущают в левой половине грудной клетки - в области проекции сердца. Часто боль отдает (иррадирует) в левую руку, лопатку, плечо, иногда в шею, нижнюю челюсть. Непосредственной причиной возникающего дефицита кровообращения в миокарде может быть сужение внутреннего просвета питающей артерии за счет роста атеросклеротической бляшки или транзиторного спазма артерий. 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, что немаловажно, пиявки влияют на реологию крови, а это способствует улучшению питания кислородом и другими питательными веществами (витаминами, микро- и макроэлементами, белковыми компонентами) сердечной мышцы.

Зоны приставки пиявок: зона над областью сердца в III межреберье, точки в V межреберье у края грудины и на уровне середины ключицы; межлопаточная область зоны спины на уровне IV-VI грудных позвонков по срединной линиии и влево от срединной линии; область грудины по передней срединной линии на уровне прикрепления V ребра и мечевидного отростка. Как правило, первые 2-3 процедуры проводились с использованием зоны над областью сердца. Далее зоны последовательно чередовались. На первых сеансах количество приставлявшихся пиявок постепенно увеличивалось от 3 до 8. В зависимости от интенсивности болевого синдрома и его характера в отдельных случаях количество пиявок могло возрастать до 10 на сеанс. У пациентов стенокардией напряжения при интенсивных болях, а также в случаях стенокардии покоя 3-5 процедур я проводила ежедневно до уменьшения интенсивности болев го синдрома и прекращения возникновения болей в покое. Далее 3 процедуры проводились через день, и еще 3-4 процедуры – 1 раз в неделю. Первый курс лечения – 10-12 процедур. Через 2-4 недели в зависимости от состояния больного курс гирудотерапии целесообразно повторить.

Мною были пролечены 78 человек в возрасте от 49 до 83 лет. Полученные к настоящему времени данные позволяют говорить о том, что после проведенного лечения уменьшились или исчезли боли в области сердца у 33 больных, одышка - у 22 больных. Меньше стали беспокоить головные боли и головокружения. Аппетит улучшился практически у всех больных. Уменьшились или исчезли отеки. Заметно улучшились показатели электрокардиографии (ЭКГ). Биохимические анализы показали, что в крови у больных уменьшилось содержание холестерина.

Все вышеперечисленное свидетельствует в пользу гирудотерапии, повышающей качество жизни больных стенокардией. Во многих случаях при этом предотвращалось развитие инфаркта миокарда.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ГИРУДОТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ (БРОНХИТОВ, ПНЕВМОНИЙ)

Студентка 7 курса лечебного факультет ***Л.А. Остроухова***
Кафедра внутренних болезней
Медицинский университет «Реавиз»
Научный руководитель заведующая учебной частью, ***доцент Н.С. Чернышова***

Гирудотерапия - один из методов лечения пиявками различных заболеваний, признанный с древних времен, не потерял актуальности и в наши дни, хотя гирудотерапия не имеет аналогов среди современных методов лечения. Это вызвано особыми свойствами пиявочного секрета, который оказывает благотворное влияние на организм с помощью биологически активных веществ естественного происхождения, впрыскиваемых пиявкой в кровь пациента во время сеансов

гирудотерапии. Эффект от гирудотерапии при воспалениях органов дыхания заклю- чается в нормализации обмена веществ, устранении застойных явлений в легких, стимуляции иммунных процессов.

Бронхит - воспаление слизистой оболочки бронхов. Различают острый и хронический бронхит, а по природе возникновения – инфекционный и аллергический, а так же некоторые другие реже встречающиеся, например, вследствие воздействия различных физических или химических факторов. Основным симптомом является кашель, усиливающийся в холодную и сырую погоду.

На начальном этапе бронхит лечится лекарственными препаратами. При затяжном характере течения острого бронхита, а также в случаях хронического бронхита с отхождением большого количества вязкой мокроты, наличием застойных явлениях в легких применение гирудотерапии очень эффективно.

Зоны приставки пиявок: область легких – точки на уровне I и II межреберий по дельтовидно – грудной борозде, точки во II межреберье по срединноключичной линии, точки из зоны грудины; парные точки расположенные симметрично на правой и левой боковых поверхностях тела по средней подмышечной линии на 4 поперечных пальца ниже вершины подмышечной впадины; межлопаточная область – точка между остистыми отростками III и IV грудных позвонков по задней срединной линии и на 2 и 4 поперечных пальца кнаружи от нее, точка по задней срединной линии на уровне нижнего угла лопаток; область крестца – точки в проекции копчика, в области проекции крестца; область печени - точки в правом подреберье и точка на вершине мечевидного отростка. Процедуры проводятся последовательно по зонам области легких, боковых поверхностей тела, межлопаточной области. Зоны в области крестца и печени необходимо включать в курс лечения при наличии выраженных застойных явлений в легких. Эти зоны также могут использоваться при отеке легких. На первых сеансах количество приставляемых пиявок 2- 4, с постепен ным увеличением до 7-8. 3-4 процедуры проводятся через день, далее-2 раза в неделю. Курс лечения – 7-8 процедур.

Для лечения пневмоний требуется комплексный подход, обязателен врачебный контроль, применение антибиотиков, муколитических препаратов, щадящая диета, обильное питье, дыхательная гимнастика, физиотерапия, а также гирудотерапия для борьбы с затяжным процессом и застойными явлениями в легких. Места для приставок соответствуют таковым как при бронхите, курс определяется состоянием пациента и течением заболевания.

До лечения гирудотерапией практически у всех больных были выявлены остаточные явления после перенесённых бронхитов или пневмоний: затяжной кашель, одышка при физической на- грузке, общая слабость, быстрая утомляемость. После гирудотерапии эти симптомы исчезали, улучшались клинико –лабораторные показатели (общий анализ крови, общий анализ мокроты).

Нами были пролечены 119 человек в возрасте от 17 до 85 лет. Полученные к настоящему времени данные позволяют говорить о том, что на фоне гирудотерапии выздоровление больных с поражением органов дыхания происходит в более сжатые сроки и с меньшим количеством осложнений по сравнению с пациентами, использующими классические методы лечения .

ЛИЦО ЧЕЛОВЕКА В ПСИХОЛОГИЧЕСКОМ КОНТЕКСТЕ

Студентка 7 курса лечебного факультета ***Ю.Ф. Стребкова***
Медицинский университет «Реавиз»
Научный консультант ***к.м.н., доцент В.Ф Роганов.***

Лицо человека, пожалуй, в наибольшей степени приковывает к себе внимание в любых формах социального взаимодействия. Неисчерпаемо многообразие его выражений. Именно на лице, в первую очередь, отражается многое из глубин эмоциональной жизни любого из нас. Лицо человека и некоторые из его физических особенностей служат символами его «Я-концепции».

Ряд исследователей отмечает, что, чем интимнее черта лица, которая в глазах его носителя обладает недостатками, тем глубже фрустрация, и тем явственнее стремление использовать самые грубые формы защитных реакций. Почти все части человеческого лица в этом отношении обладают психологической важностью и уязвимостью. Следовательно, пластическая хирургия лица будет выступать своеобразным психологическим механизмом защиты. Казалось бы, чего проще: пройди через пластическую операцию и все нормализуется. Такое размышление часто является отправной точкой при взгляде на подобную ситуацию. На самом же деле проблема лежит значительно глубже. Кроме телесного лица данного нам от природы, существует лицо психологическое, духовное. Изменив форму ушей или носа, но оставив без изменений образ самого себя, мы можем натолкнуться на новый личностный кризис – кризис рассогласования физического и психологического «Я».

Некоторые пациенты после операции не проявляют никаких признаков перемены личности. В большинстве случаев человек с бросающимися в глаза уродствами или чересчур странными чертами лица после коррективной операции почти сразу испытывает заметное повышение чувства собственного достоинства, уверенности в себе. Однако в отдельных случаях получается так, что пациент сохраняет прежний комплекс неполноценности, ущербности [Лапутин, 1999; Лафори, 2000; Мольц, 1994]. Подобные пациенты продолжали чувствовать, действовать и вести себя так, словно у них все еще безобразное или необычное лицо.

Следовательно, корректировка внешнего облика сама по себе еще не является определяющим фактором изменения индивидуальных качеств. Видимо, существует нечто, на что обычно оказывает влияние операция на лице. Человек меняется, если меняется это «нечто». В противном случае, он остается прежним, хотя его внешность стала иной. После пластической операции, как правило, проходит время, прежде чем пациент начинает осваиваться с новыми чертами лица. Когда ампутируют руку или ногу, конечность-фантом часто продолжает ощущаться в течение 21 дня.

Но как быть с теми исключениями, когда никаких изменений личности, несмотря на удачную операцию, не происходило? Обретя новое лицо, эти люди почему-то продолжают сохранять свои черты характера. Или как объяснить реакцию тех, кто настаивает, что хирургическая операция нисколько не изменила их внешности? Каждый пластический хирург сталкивался с подобными явлениями. Какой

бы радикальной ни была перемена во внешности, всегда находится пациент, готовый утверждать, что его лицо после хирургического вмешательства ничуть не изменилось. Друзья, родные могут уверять, что едва узнают оперированного, однако пациент продолжает настаивать, что практически все осталось, как было. Сравнение фотографий «до» и «после» обычно не помогает, а только раздражает. Пациент выдвигает следующие аргументы: «Разумеется, я вижу, что прежней уродливой горбинки на носу теперь нет, но мой нос выглядит, как и прежде». Или: «Да, шрам не заметен, это бесспорно, но он все же здесь».

А вот человеку, оказавшемуся в затруднительном положении из-за врожденного недостатка или изуродованному в автомобильной или иной катастрофе, пластическая операция может принести колоссальное облегчение. Опираясь на подобные случаи, легко прийти к ошибочному выводу, что пластическая хирургия, в самом деле, - панацея от всех неврозов, несчастий, недостатков, страхов, тревог, комплексов неполноценности, так или иначе связанных с разнообразными дефектами телесного характера. Но тогда из этой же самой посылки вытекало бы, что люди с правильными чертами лица, без ярко выраженных отклонений от общепризнанных норм должны быть свободны от психических расстройств и психологического дискомфорта. Можно было бы предположить, что они всегда веселы, счастливы, уверены в себе, свободны от тревог и комплексов. Однако нам слишком хорошо известно, что это не так.

К специалисту по пластическим операциям часто приходят люди с требованием «поднять лицо», чтобы устранить лишь чисто воображаемое безобразие. Прежде всего, речь идет о женщинах 35–45 лет, которые твердо убеждены, что выглядят «чересчур старыми», хотя в действительности с их внешностью абсолютно все в порядке, а во многих случаях эти женщины даже чрезвычайно привлекательны. Встречаются девушки, которые считают себя некрасивыми только потому, что их губы, нос, размеры бюста не совпадают с формами и размерами популярной в тот момент кинозвезды. Бывают мужчины, полагающие, что у них слишком большие уши или необыкновенно длинный нос. Ни один пластический хирург не согласится в подобных ситуациях проводить пластическую операцию.

Воображаемое уродство – явление вовсе не столь уж редкое. Проведенный опрос среди студентов высших учебных заведений показал, что 90% из них недовольно своею внешностью. Хотя каждому ясно, что 90% населения не может иметь «ненормальную» или «дефектную» внешность. Тем не менее, исследования среди других групп населения свидетельствуют, что примерно такой процент от общего числа жителей считает, что имеет основание стесняться своего внешнего вида. Поведение этих людей таково, словно они на самом деле пережили катастрофу, обезобразившую их. Они в такой же мере стеснительны, ощущают страх и тревогу, их способность к полнокровной жизни заблокирована теми же самыми психологическими барьерами, а «шрамы», хотя и носят чисто эмоциональное свойство, не менее болезненны, чем телесные рубцы.

Практика показала, что после устранения внешних физических недостатков с помощью пластической операции радикальные перемены психологического характера происходили только в тех случаях, когда одновременно выправлялся и искаженный образ собственного «Я».

ОСТЕОПОРОЗ. ПРИЧИНЫ ВОЗНИКНОВЕНИЯ

Студенты 3 курса стоматологического факультета
Н.А.Червяков, К.П.Робатень
Медицинский университет «Реавиз»
Научный руководитель ***д.м.н. В.Ю.Широков***

Остеопороз — системное заболевание с поражением костной ткани, которое характеризуется прогрессирующим, снижением плотности костей и нарушениями их структуры. При данной патологии кости становятся хрупкими и ломаются при незначительных нагрузках. Снижение плотности костной ткани может возникать как в результате физиологических процессов: рост и развитие организма – ювенильный остеопороз и инволютивный остеопороз, а также сопутствовать ряду заболеваний прежде всего сопровождающихся нарушениями обмена. Нарушения обменных процессов, в том числе, и в кости, происходят у больных алкоголизмом (Ю. Франке, Г. Рунге 1995 г.).

Мы провели исследования плотности, минеральной насыщенности, зольности костных блоков, взятых при оперативном лечении переломов нижней челюсти у больных, страдающих хроническим алкоголизмом. Выявлено, что, начиная со второй стадии, происходит снижение плотности кости с 1.84±0.25 до 0.7±0.23 г/см³ параллельное уменьшению зольности с 0.65±0.02 до 0.59±0.1 г/см³. Уменьшение минеральной насыщенности с 1.2±0.05 до 1.0±0.6 абс.ед., примерно на 17%. Таким образом, выявлено, что уменьшение плотности костной ткани нижней челюсти у больных, страдающих хроническим алкоголизмом, происходит в основном за счёт потери минерального компонента кости.

Проведенные исследования свидетельствуют о том, что у больных, страдающих алкоголизмом, возникают нарушения связанные с уменьшением плотности костной ткани челюстей, поэтому чаще возникают переломы и осложнения процесса заживления костной раны: нагноение костной раны, травматический остеомиелит, замедленная консолидация, ложный сустав.

СОВРЕМЕННОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ

Студентка 4 курса лечебного факультета ***Е.О. Шарновская***
Кафедра внутренних болезней
Медицинский университет «Реавиз»
Научный консультант ***заведующая учебной частью, доцент Н.С. Чернышова***

Ингаляционная терапия при заболеваниях дыхательных путей является эффективным и современным методом лечения. Ингаляция лекарств через небулайзер - один из наиболее надежных, простых и безопасных методов лечения, и его применение в лечении заболеваний органов дыхания получает все большее признание среди врачей и пациентов. Возможности небулайзера значительно расширили сферу применения ингаляционной терапии.

Цель небулайзерной терапии состоит в доставке терапевтической дозы препарата в аэрозольной форме непосредственно в бронхи больного и получении фармакодинамического ответа за короткий период времени (5-10 минут). В настоящее время она стала доступной для пациентов всех возрастов - от грудного до старческого возраста. Ее можно провести в периоды обострений хронических заболеваний (прежде всего, бронхиальной астмы), в ситуациях, когда у пациента значительно понижена скорость вдоха (дети раннего возраста, послеоперационные больные, пациенты с тяжелыми соматическими заболеваниями) как дома, так и в условиях стационара. Заболевания, при которых ингаляции необходимы: хронические воспалительные процессы дыхательных путей (хронический ринит, хронический бронхит, бронхиальная астма, хроническая бронхообструктивная болезнь легких, муковисцидоз и др.), острые респираторные заболевания и т.д. Помогают ингаляторы и при профессиональных болезнях певцов, учителей, шахтеров, химиков.

Преимущества небулайзерной терапии по сравнению с другими видами ингаляционной терапии:

• позволяет использовать лекарства в эффективных дозах при отсутствии побочных эффектов;

• можно использовать в любом возрасте, так как от пациента не требуется подстраивать свое дыхание к работе аппарата и одновременно выполнять какие-либо действия, например, нажимать на баллончик, удерживать ингалятор и др., что особенно важно у детей младшего возраста;

• обеспечивает быструю и непрерывную подачу лекарства с помощью компрессора;

• отсутствие необходимости выполнять сильный вдох позволяет использовать небулайзерную терапию в случаях тяжелого приступа бронхиальной астмы, а также у пациентов в пожилом и старческом возрасте;

• является наиболее безопасным методом ингаляционной терапии, так как в ней не используются, в отличие от дозирующих аэрозольных ингаляторов, пропеленты (растворители или несущие газы).

• современный и комфортный метод лечения бронхолегочных заболеваний у детей и взрослых.

Для небулайзерной терапии могут быть использованы:

1. бронходилятаторы (препараты, расширяющие бронхи): беродуал, вентолин, беротек, саламол;

2. муколитики и мукорегуляторы (препараты для разжижения мокроты и улучшения отхаркивания): амброгексал, лазолван, амбробене, флуимуцил;

3. кромоны (противоаллергические препараты, стабилизаторы мембран тучных клеток): комогексал небулы;

4. глюкокортикоиды (гормональные препараты, обладающие многосторонним действием, в первую очередь противовоспалительным и противоотечным): пульмикорт (суспензия для небулайзеров);

5. антибиотики: флуимуцил-антибиотик;

6. щелочные и солевые растворы: 0,9% физиологический раствор, минеральная вода «Боржоми».

Нами пролечено 49 человек в возрасте от 18 до 74 лет. До лечения небулайзерной терапией практически у всех больных были выявлены остаточные явления после перенесённых бронхитов или пневмоний: затяжной кашель, одышка при физической нагрузке, общая слабость, быстрая утомляемость. После проведенного лечения симптомы исчезали, улучшались клинико-лабораторные показатели (общий анализ крови, общий анализ мокроты).

Полученные к настоящему времени данные позволяют говорить о том, что на фоне небулайзерной терапии выздоровление больных с поражением органов дыхания происходит в более сжатые сроки и с меньшим количеством осложнений по сравнению с пациентами, использующими классические методы лечения.

ПРИМЕНЕНИЕ ГОМОТОКСИКОЛОГИЧЕСКИХ ПРЕПАРАТОВ В ЛЕЧЕНИИ ОРВИ

Студентка 4 курса лечебного факультета ***Е.О. Шарновская***
Кафедра медико-биологических дисциплин
Медицинский университет «Реавиз»
Научный руководитель ***к.м.н., доцент М.В. Родимова***

Гомотоксикология – это разработанная Х.-Х. Реккевегом медицинская концепция, в существенной своей части базирующаяся на гомеопатии с включением понятия системы основной регуляции.

В настоящее время применение в медицине гомотоксикологических препаратов является одним из перспективных направлений.

Целью данного исследования стало комплексное применение гомотоксикологических препаратов при лечении ОРЗ. В исследовании участвовали 36 пациентов (женщины в возрасте от 19 до 87 лет), которые были разделены на две группы.

1 группа – 18 человек, заболевших ОРЗ, имеющие сопутствующие заболевания заболевания: гастрит – 6, онкология – 1 человек, хронический синусит – 8 человек, панкреатит – 3 человека, во время лечения которых применялось антигомотоксическая терапия (лечение, базирующееся на принципах гомотоксикологии): траумель С (инъекции, таблетки, капли), мукоза композитум (инъекции), энгистол (таблетки), нукс вомика гомаккорд (капли), эуфорбиум (спрей), вибрукол (свечи).

2 группа – 18 человек, заболевших ОРЗ, имеющие сопутствующие заболевания: хронический гастрит – 5 человек, хронический синусит – 9 человек, панкреатит – 4 человека, во время лечения которых применялось аллопатическое лечение препаратами сумамед, арбидол, парацетамол, линекс, тизин, галазолин.

В первой группе выздоровление пациентов наступило в течение 5-7 дней, однако общее лечение продолжалось 14 дней. Все пациенты отметили общее хорошее самочувствие, а также улучшение состояния ЖКТ и отсутствие каких-либо побочных явлений. Симптомов хронического синусита в дальнейшем не наблю-

далось у 4 пациентов. У пациента, страдающего фронтитом, симптомов данного заболевания после проведенного лечения не наблюдалось.

Выздоровление пациентов во 2 группе наступило через 5-12 дней. Четверо человек (возраст 61-75 лет), болеющих панкреатитом, за время болезни (12 дней) имели один-два приступа панкриатита. Из 5 человек, болеющих хроническим гастритом, – 3 человека имели обострение данного заболевания, у одного из них (75 лет) открылась язва двенадцатиперстной кишки, и он был направлен в больницу. Излечили хронический синусит 5 человек, у четверых симптомы заболевания остались, в том числе, у одного из пациентов, использующих галазолин (51 год), дважды открывалось носовое кровотечение, и был поставлен диагноз «гайморит» (?).

На основании проведенного исследования мы считаем, что применение гомотоксикологических препаратов в лечении ОРВИ предотвращает интоксикацию организма, поддерживает здоровье и хорошее самочувствие, происходит детоксикация систем и органов организма пациента, активация дренажных органов: гепатобилиарной системы, пищеварительного тракта, дыхательных путей, а также у данных препаратов фактически отсутствуют какие-либо побочные эффекты, и они могут успешно применяться у пациентов, имеющих такие сопутствующие заболевания как гастрит, панкреатит, хронический синусит, осложненный фронтитом, и улучшать их общее состояние.

Секция 7.
АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ХИРУРГИИ

СОВРЕМЕННЫЕ ПРОБЛЕМЫ ВОЕННО-ПОЛЕВОЙ ХИРУРГИИ

Е.К. Буланова
ГАОУ СПО «Балаковский медицинский колледж»
Научный руководитель аспирант, преподаватель колледжа ***Е.Ю. Накаева***

«Врач должен обладать
взглядом сокола, руками девушки,
мудростью змеи и сердцем льва».
Авиценна

За истекшие после второй мировой войны годы на планете произошло более 150 локальных войн и вооруженных конфликтов (в Корее, Украине (Майдане), Вьетнаме. Сирии, на Ближнем Востоке, Афганистане, Ираке, Северном Кавказе и другие). Локальные войны и вооруженные конфликты второй половины XX века унесли сотни тысяч человеческих жизней, но наиболее крупные из них одновременно послужили очередным толчком к развитию военно-полевой хирургии.

Содержанием современного периода развития военно-полевой хирургии является разработка организации оказания хирургической помощи раненым в локальных войнах и вооруженных конфликтах.

Цель данной работы заключалась в изучении внедрения концепции ранней специализированной хирургической помощи для уменьшения летальности в результате локальных войн и вооруженных конфликтов. Нами изучено осуществление своевременной эвакуации пострадавших, внедрение авиационной медицины, развертывание военно-полевых госпиталей стационарно.

КОМПЛЕКСНЫЙ РЕГИОНАЛЬНЫЙ БОЛЕВОЙ СИНДРОМ ПОСЛЕ ОГНЕСТРЕЛЬНЫХ РАНЕНИЙ ВЕРХНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Студент 5 курса лечебного факультета ***Е.В. Колесников***
Медицинский университет «Реавиз»
Кафедра хирургических болезней с курсом травматологии и ортопедии
Научный руководитель ***д.м.н. М.Д. Цейтлин***

Выполнен анализ архивных материалов пяти пострадавших с огнестрельными ранениями верхних конечностей, оперированных в травматологическом отделении городской больницы № 4 г. Самары. У всех больных наблюдалась хроническая боль в повреждённых конечностях в сочетании с локальными вегетативными расстройствами, трофическими нарушениями, характерными для комплексного регионального болевого синдрома. Указанные симптомы широко известны, вме-

сте с тем, вопросы терминологии, патогенеза и лечение этих патологических проявлений во многом остаются дискуссионными. Нами изучены медицинские документы двух больных с огнестрельными ранениями кисти и кистевого сустава, больного с минно-взрывной травмой предплечья, больного с ранением локтевого сустава и пострадавшего с огнестрельными ранениями верхней трети плеча, проникающими в плечевой сустав. При этом особо отмечаем тот факт, что болевой синдром у анализируемых больных не был связан с поражением периферических нервов верхних конечности. Боли у данной категории больных не носили невропатический характер, они не были связаны с так называемыми тунельными синдромами. Клинические проявления комплексного регионального болевого синдрома у всех анализируемых больных складывались из трех групп симптомов: болей, вегетативных вазо- и судомоторных нарушений и дистрофических изменений кожи, подкожной клетчатки, мышц, связок, костей. Патогенетическая терапия, предпринятая у всех пяти пациентов, предусматривала лазеротерапию, электролечение, анестезирующие блокады. Лечебное воздействие блокад приносило ощутимый эффект уже в ближайшее время после их выполнения. Оценка эффективности блокады оказывает врачу существенную помощь в постановке диагноза, что позволяет более полно представить пути формирования болевого синдрома, определить источник его продуцирования. Весьма существенную роль в предотвращении болей у анализируемых больных отводилась иглорефлексотерапии. Резюмируя изложенное, можно утверждать, что сочетанное патогенетическое лечебное воздействие позволяет не только купировать, но и предупредить комплексный региональный болевой синдром у раненых в конечности.

ЛАЗЕРНЫЙ ЭНДОСКОПИЧЕСКИЙ ГЕМОСТАЗ: НОВЫЕ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫЕ ДАННЫЕ

Студентка 4 курса лечебного факультета ***А.В. Солдатенко***
Кафедра хирургических болезней
Медицинский университет «Реавиз»
Научный руководитель ***д.м.н., доцент С.В. Капралов***

Одной из наиболее эффективных методик эндоскопического гемостаза при желудочно-кишечном кровотечении является лазерфотокоагуляция. Воздействие оптического воздействия ближнего инфракрасного диапазона на стенку желудка изучено недостаточно, что послужило поводом к выполнению собственной экспериментальной работы.

Материалом исследования стали препараты, полученные при операции резекции желудка. Использовался аппарат «Lasermed-01» ближнего инфракрасного диапазона. Проводилось лазерное облучение неизмененной ткани и фотомодифицированной стенки желудка. Фотомодификация обеспечивалась аппликацией красителя индиго-кармин на слизистую и его подслизистой инъекцией. При этом фиксировалось время, необходимое для развития макроскопических признаков

лазеркоагуляции. Препараты с участками лазерфотокоагуляции фиксировались и подготавливались для гистологического исследования с использованием простой окраски эозином и гематоксилином.

Проведенное исследование показало, что на неизмененной слизистой лазерфотокоагуляция достигается не в каждом наблюдении, а время экспозиции составляет 2-4 минуты. Внутрисосудистой агрегации форменных элементов не получено ни в одном наблюдении. При аппликации красителя экспозиция сокращалась до 25-40 секунд. При гистологическом исследовании отмечено формирование пленки коагуляционного некроза на поверхности препарата. При подслизистой инъекции красителя экспозиция не превышала 25 секунд. При гистологическом исследовании наблюдался коагуляционный некроз подслизистого слоя с выраженными сосудистыми изменениями. В кровеносных сосудах подслизистого сплетения отме- чалась агрегация форменных элементов с их фиксацией к сосудистой стенке.

Полученные данные подтверждают низкую эффективность бесконтактной лазерной коагуляции. Аппликация красителя индиго-кармин позволяет производить поверхностную лазеркоагуляцию слизистой, что эффективно при кровоточащих эрозиях, поверхностных плоских язвах, травмированных полипах желудка. Для обеспечения эндоскопического гемостаза при кровоточащей язве или разрывном геморрагическом синдроме необходима коагуляция сосудов подслизистого сплетения, что достигается лазерным воздействием после предварительной подслизистой инъекции красителя с помощью эндоскопического инъектора.

ПОСТТРАНСПЛАНТАЦИОННЫЙ ТУБЕРКУЛЕЗ КАК НОВАЯ НОЗОЛОГИЧЕСКАЯ ФОРМА

Студентка 5 курса лечебного факультета ***А.А. Старостина***
Медицинский университет «Реавиз»
Научный руководитель ***к.м.н., доцент Б.И. Яремин****,*
Научные консультанты:
главный внештатный фтизиатр Самарской области ***И.Л. Цыганков****,*
д.м.н., профессор М.М. Каабак

Операция по трансплантации почки является методом выбора при лечении больных с терминальной стадией хронической почечной недостаточности. Во всем мире наблюдается постоянный рост числа таких пациентов. Для нашей страны особенно актуальна проблема лечения терминальной почечной недостаточности в связи с малой обеспеченностью пациентов заместительной почечной терапией. Помимо обеспечения высокого качества жизни больных, трансплантация почки позволяет оказать специализированную помощь большему числу пациентов в условиях дефицита диализных мест. На данном этапе в клинической трансплантологии имеется ряд важных проблем, одна из которых – это проблема инфекционных осложнений после пересадки почки. Особого внимания достойна

проблема возникновения посттрансплантационного туберкулеза. Основной сложностью является отсутствие эффективных схем лечения пациентов, у которых в посттрансплантационном периоде был выявлен туберкулез и сочетание противотуберкулезных средств в совокупности с продолжающейся иммуносупрессивной терапией.

Целью данной работы стал анализ результатов обследования и лечения пациентов с туберкулезом после трансплантации для пересмотра понимания принципов диагностики и лечения этой патологии, а так же апробация программы представляющей собой клиническую систему содействия принятию решения.

Основной клинической базой работы был выбран Самарский центр трансплантации органов и тканей (250 чел.) и база данных реципиентов ренального трансплантата Российского научного центра хирургии РАМН. Для автоматизации деятельности отделения трансплантации органов и тканей используется система содействия принятию решения «Трансплантация». Данная система включает в себя расширенный набор персональных сведений о пациентах, и на ее базе разработана программа поддержки принятия решения, представляющая собой калькулятор оценки риска развития туберкулеза у реципиентов почечного трансплантата.

Всего рассмотрено 609 случаев трансплантаций почки, в 24 из которых был выявлен посттрансплантационный туберкулез (3,9%). Исследуемые распределились на несколько возрастных групп. Возраст пациентов составлял от 16 до 62 лет. При этом пик заболеваемости приходился на возрастную группу, к которой принадлежали больные от 25 до 34 лет. Пики заболеваемости туберкулёзом приходились на 6-й месяц, после операции, а так же в позднем послеоперационном периоде, а именно – через 5-10 лет после трансплантации. Вероятно, первая волна заболеваемости связана с реактивацией собственной инфекции, а вторая волна – с реинфекционным процессом. Ассоциированными заболеваниями, при которых туберкулез выявляется достоверно чаще, являются CMV и BKV-инфекции. Большинство пациентов получали многокомпонентную противотуберкулёзную терапию (ПТТ). В зависимости от выявленной чувствительности, эффективность ПТТ была разнообразной, что говорит о значимости проведения лабораторных исследований. Эффективность схем лечения у пациентов различалась. Это связано, прежде всего, со сроками постановки верного диагноза. При своевременном назначении многокомпонентной ПТТ в совокупности с сохранением иммуносупрессии низкими дозами удавалось достигать благоприятного исхода. На основании изученных данных реципиентов была создана программа, представляющая собой клиническую систему содействия принятию решения (патент № №2014612845 от 03.11.2014). Программа была апробирована на данных 4 пациентов СЦТОиТ с поттранспантатционным туберкулезом. Во всех 4 случаях, вероятность развития туберкулеза по результатам, представленным программой, находилась в пределах от 60 до 80%.

С помощью автоматизации работы центра пересадки органов и тканей, а так же разработанной программы, для каждого пациента может быть персонально

разработана индивидуальная схема лечения при туберкулезе или подозрении на туберкулезный процесс. Данная система дает возможность спрогнозировать дожитие трансплантата, указать мероприятия, способные выявить заболевание и улучшить результаты лечения.

ВАРИАНТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ХОЛЕЦИСТИТА

Студент 4 курса лечебного факультета ***И.О. Федосенков***
Кафедра хирургических болезней
Медицинский институт «Реавиз»
Научный руководитель ***д.м.н., доцент С.В. Капралов***

Нет ни одного раздела хирургии, в котором мнения хирургов расходились бы столь резко, как в определении хирургической тактики при остром холецистите (ОХ). Целесообразность «активной» хирургической тактики у больных ОХ, по мнению ее сторонников, обусловлена тем, что морфологические изменения в желчном пузыре никогда бесследно не исчезают, но приводят к развитию осложнений. С другой стороны во время операции, предпринимаемой в остром периоде заболевания, воспалительный инфильтрат создает значительные трудности при идентификации элементов печеночно-двенадцатиперстной связки. Выходом из сложившейся ситуации может стать применение в остром периоде заболевания декомпрессивных мероприятий, выполняемых под контролем ультразвука.

В клинике в 2014 году находились 350 пациентов с ОХ, причем 51% из них составляли люди старшей возрастной группы. При диагностике острого обтурационного холецистита у больных старших возрастных групп считали показанным выполнение чрезкожной чрезпеченочной микрохолецистостомии под контролем УЗИ. Чрезкожная чрезпеченочная пункция выполнялась одноразовыми иглами Chiba 22 G. У 49 больных с ОХ несомненный клинический эффект был получен в первые часы после диапевтической операции: отмечалось снижение болевого синдрома, нормализовалась температура тела, улучшались лабораторные показатели, появлялась положительная ультразвуковая динамика. У двух пациентов отмечалось «разблокирование» желчного пузыря с полной ликвидацией пузырной гипертензии непосредственно в процессе пункционной санации. Один пациент был оперирован в связи с преждевременным выпадением дренажа и формированием желчного затека. Летальных исходов в лечении больных ОХ старших возрастных групп не было.

Таким образом, использование современных малоинвазивных технологий при лечении ОХ позволяет у ряда больных добиться купирования острого воспалительного процесса и избежать опасной экстренной операции.

КЛИНИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ МЕТОДОВ ДИАГНОСТИКИ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА

Студентка 1 курса лечебного факультета ***А.А. Шевченко***
Кафедра хирургических болезней
Медицинский университет «Реавиз»
Научный руководитель ***д.м.н., доцент С.В. Капралов***

Острый аппендицит остается нестареющим предметом обсуждения среди хирургов. Больные с острым аппендицитом составляют значительную часть пациентов хирургических стационаров. Еще большее количество людей госпитализируются с подозрением на острый аппендицит, которое в дальнейшем не подтверждается. Ни один из методов диагностики заболевания не может считаться достоверным.

В проспективном исследовании в течение 2014 года находилось 103 пациента с подозрением на острый аппендицит. Со всеми пациентами проводилась диагностическая работа, включающая сбор жалоб и анамнеза, физикальное обследование, термометрию, исследование общего анализа крови, части больных выполнялась лапароскопия. У 41 больного диагностировали острый аппендицит, который оперировали, а у 62 человек неотложной хирургической патологии выявлено не было, и они были выписаны. По результатам лечения проведен математический анализ значимости клинических симптомов и результатов обследования этих больных. Использовали метод сравнения долей (Z-критерий) и непараметрический метод критерия $\chi 2$.

При исследовании методом сравнения долей выявлена клиническая значимость симптомов Кохера, разницы аксиллярной и ректальной температур, высокого лейкоцитоза. Локальная болезненность в правой подвздошной области, симптом Щеткина-Блюмберга оказались незначимыми. Применение лапароскопии в группах оперированных и неоперированных оказалось практически одинаковым. Использование непараметрического критерия $\chi 2$ показало отсутствие какой-либо значимости всех симптомов, кроме разницы аксиллярной и ректальной температур. Разницы в частоте применения лапароскопии в группах оперированных и неоперированных больных также не выявлено.

Таким образом, математический анализ подтвердил отсутствие достоверных патогномоничных симптомов острого аппендицита. Отсутствие разницы частоты выполнения лапароскопии среди оперированных и неоперированных свидетельствует об отсутствии четких критериев ее выполнения при подозрении на острый аппендицит. Диагностика острого аппендицита остается сложной задачей, решаемой только на основании личного опыта врача хирурга.

Секция 8.
АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ФАРМАКОЛОГИИ И ФАРМАЦИИ

ИССЛЕДОВАНИЕ ТОКСИЧНОСТИ ЭРИТРОМИЦИНА НА DAPHNIA MAGNA

Студентка 4 курса факультета пищевых производств ***Е.В. Барабанщикова***
Кафедра технологии пищевых производств
и парфюмерно-косметических продуктов
ФГБОУ ВПО Самарский государственный технический универиситет
Научный руководитель ***к. фарм.н., доцент З.Е. Мащенко***

В соответствии с Федеральным классификационным каталогом отходов лекарственные средства относятся к отходам фармацевтической продукции и гигиенических средств, для многих из них класс опасности не установлен.

Одним из критериев определения класса опасности вещества является степень его вредного влияния на окружающую природную среду при непосредственном или опосредованном на неё воздействии.

Для определения опасности вещества применяются расчетный и экспериментальный методы. Одним из принятых экспериментальных методов контроля токсичности является метод биотестирования. В качестве тест-организмов используют рачков вида Daphnia magna. Интегральными показателями загрязнения служат подавление жизнеспособности дафний, их способности к размножению и другие функциональные характеристики.

Цель данной работы заключается в определении токсичности эритромицина на Daphnia magna.

Эксперимент осуществляли по стандартной методике Н.С. Строганова, в ходе которого учитывались следующие показатели: количество погибших и оставшихся в живых рачков, количество яиц в выводковых камерах.

В результате были получены следующие данные: эритромицин оказывает негативное влияние на выживаемость дафний при концентрации раствора 100 мг/л, на размножение - 75 мг/л.

СИНТЕЗ ЗОЛЕЙ СЕРЕБРА И ИЗУЧЕНИЕ ИХ СВОЙСТВ

Студенты 2 курса фармацевтического факультета
И.А. Давыдов, И.А. Караганов
Кафедра естественнонаучных дисциплин, кафедра морфологии и патологии
Медицинский университет «Реавиз»
Научные руководители: ***к.х.н., доцент Е.В. Фесик, ассистент М.В. Видманова***

В поисках новых антибактериальных агентов определенный научный интерес представляют исследования, посвященные активности ионов серебра, смесей на основе серебра, в том числе, и наночастиц серебра. Размеры наночастиц близки раз-

мерам большинства биологических макромолекул, а их высокая химическая активность, обусловлена большой удельной площадью поверхности и особенной структурой, превосходящей активность ионов. Поэтому синтез и изучение антимикробной активности наночастиц серебра также является актуальным. Чаще всего соединения серебра получают в растворах с использованием восстановителей различной природы. Стабилизаторы золей в таких случаях обычно не применяют.

В настоящей работе химическим восстановлением AgNO3 получены растворы коллоидного серебра с использованием различных восстановителей (цитрат натрия, борогидрид натрия, танин) по известным методикам. По данным оптических характеристик полученных золей серебра, размер частиц в разных растворах колеблются от 20 до 70 нм. Показана стабильность золей в зависимости от выбранного восстановителя.

Изучена антибактериальная активность наночастиц серебра в отношении тестовых штаммов escherichia coli и staphylococcus aureus при температуре инкубации 22°С и 37°С по утвержденным методикам. Достаточной бактерицидной активностью в отношении тест-штаммов обладают образцы золей с концентрацией 10-4 моль/л.

В работе получены золи серебра с использованием различных восстановителей, определены размеры частиц, устойчивость растворов во времени, а также изучена антибактериальная активность образцов.

СВЯЗЬ СТРУКТУРЫ С БИОЛОГИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТЬЮ НЕКОТОРЫХ БЕНЗИМИДАЗОЛОВ

Студент 3 курса фармацевтического факультета ***А.В. Дудников***
Кафедра фармации
Медицинский университет «Реавиз»
Научные руководители: ***к.х.н., доцент Р.В. Шафигулин****,*
ст. преподаватель И.Н. Карасева

Актуальной проблемой в области фармацевтической химии является прогнозирование потенциальной биологической активности впервые синтезированных органических соединений. При решении этой задачи обычно применяют полуэмпирические модели «физико–химическое свойство – структура - потенциальная биологическая активность». Линейные регрессионные одно- и полипараметрические уравнения позволяют прогнозировать для впервые синтезированных соединений свойства молекул.

Целью настоящей работы стало получение одно- и полипараметрических регрессионных уравнений для прогнозирования потенциальной биологической активности и физико-химических свойств молекул бензимидазолов..

Для расчета физико-химических параметров использовали квантово-химическую программу HyperChem 7.0. Использовали полуэмпирический метод PM3 с

полной оптимизацией геометрии молекул бензимидазолов. Были рассчитаны некоторые физико-химические параметры молекул: дипольный момент (μ), поляризуемость (α), фактор гидрофобности (logP), молекулярный объем (V) и площадь молекулы (S). Методом регрессионного анализа получены одно- и полипараметрические корреляционные уравнения, связывающие физико-химические параметры с вероятностью проявления некоторой биологической активности. Показана их прогнозирующая способность для близких по структуре бензимидазолов.

ГАЗОХРОМАТОГРАФИЧЕСКИЕ СПЕКТРЫ ЛЕТУЧИХ КОМПОНЕНТОВ НАДЗЕМНОЙ ЧАСТИ ТРАВЫ ЗВЕРОБОЯ ПРОДЫРЯВЛЕННОГО

Аспирант химического факультета СамГУ ***Н.В. Ермакова***
Кафедра физической химии и хроматографии
ФГБОУ ВПО «Самарский государственный университет»
Научный руководитель ***д.х.н., профессор Л.А. Онучак***

Для стандартизации лекарственных растений (ЛР) используют современные инструментальные методы. Помимо стандартизации большое значение имеет также разработка новых экспрессных методов определения подлинности ЛР.

Объектами данного исследования являлись: промышленные образцы растительного сырья «Трава зверобоя продырявленного» двух производителей: «Красногорсклексредства» (Россия, Московская обл. г. Красногорск) и «Фитофарм», (Россия, Краснодарский край, г. Анапа). Экспериментальные исследования настоящей работы выполнены с использованием патента РФ [Патент РФ. 2012. №2452944]. Основу патента составляет известное свойство любого растения выделять в газовую фазу характерные для него летучие компоненты (ЛК), формирующие специфический запах растения. На основании методики, представленной в патенте, нами уже были исследованы «расторопша пятнистая», «эвкалипт прутовидный», «софора японская» и ряд других растений. Работа является продолжением исследований, ранее проводимых на кафедре ФХХ СамГУ.

Цель работы заключается в получении совокупности газохроматографических (ГХ) спектров летучих компонентов надземной части травы зверобоя продырявленного для экспрессного определения его подлинности.

Газохроматографический анализ проводили на хроматографе «Кристалл-5000.2» ЗАО СКБ «Хроматэк» с пламенно-ионизационным детектором. Использовали две капиллярные колонки: с неполярной полидиметилсилоксановой неподвижной фазой (VF-1, 30 м×0,32 мм, df=0,5 мкм) фирмы Varian (США) и с полярной неподвижной фазой ПЭГ-20 М (HP-INNOWAX, 30 м×0,32мм, df=0,5 мкм фирмы Agilent Technologies (США). ГХ-эксперимент проводили в режиме линейного программирования температуры со скоростью 4°/мин: начальная температура 40°С, конечная – 180 °С. Газ-носитель – водород.

На основании полученных газохроматографических данных для паровой фазы «зверобоя продырявленного» и сравнении их с ранее изученными летучими компонентами растений «расторопша пятнистая», «мелисса лекарственная», «эвкалипт прутовидный» установлено, что сорбционный спектр (совокупность индексов удерживания при линейном программировании температуры) ЛК специфичен и служит характерным признаком («отпечатки пальцев») растения. Данный подход может быть использован для экспрессного определения подлинности ЛР.

ВЛИЯНИЕ ХИМИИ НА РОЖДАЕМОСТЬ

Студентка 1 курса лечебного факультета ***Е.С. Загребнева***
Кафедра естественно-научных дисциплин
Медицинский университет «Реавиз»
Научный руководитель ***к.т.н., доцент С.В. Синькеев***

Биохимические исследования в области размножения стали уже малозаметной повседневностью. Однако мы стоим в самом начале многообещающего пути, конечным итогом которого может быть деликатное регулирование биологического процесса размножения с помощью химических средств, подобранных для каждого индивидуально.

В данное время можно практически оказывать влияние только на женщин. Как известно, четырехнедельный цикл деятельности яичника заключается в том, что в нем развивается фолликул-пузырек величиной с горошину, в котором содержится яйцеклетка. Из этого следует, что прогестерон (гормон желтого тела) и эстрадиол (женский половой гормон) тормозят образование в гипофизе гормонов ФСГ (гормон, стимулирующий функцию фолликул) и ГСРСТ (гормон, стимулирующий разрастание соединительной ткани), необходимых для развития яйцеклетки. Если в крови искусственно повысить концентрацию эстрогенов (женских половых гормонов) или гестагенов (гормонов желтого тела), то можно полностью прервать менструальный цикл. Без гормона, стимулирующего функцию фолликул, не может созреть фолликул, а без гормона, стимулирующего разрастание соединительной ткани, не произойдет овуляции, т.е. яйцеклетка самопроизвольно не выйдет из фолликула, когда он уже созреет. Из этого следует, что для предотвращения беременности необходим препарат, тормозящий овуляцию. Этот препарат разработан и представляет собой смесь двух типов гормонов (эстрогенов и гестагенов) или (что используется гораздо чаще) их синтетических производных в виде пилюль. Применение лишь одного из этих препаратов приводит к нежелательным результатам. Если взять только эстроген, то возникает опасность усиленного образования вторичных женских (половых) признаков, что приемлемо лишь в определенных пределах. Но если применять один только гестаген, то в организме женщины начнут образовываться мужские половые гормоны (поскольку блокируется продуцирование эстрогенов), что может повлиять отрицательно на внешности женщины.

Первые препараты, способные тормозить овуляцию, были приготовлены в 1960 году на основе этинилнортестостерона и метилового эфира этинилэстрадиола. В наше время найдены и новые действующие принципы и, главное, созданы противозачаточные средства, не оказывающие побочного действия.

Таким образом, влияние химических препаратов на рождаемость играет немаловажную роль.

ПОЛУЧЕНИЕ МАГНИТНЫХ ЖИДКОСТЕЙ И ИЗУЧЕНИЕ СВОЙСТВ

Студенты 2 курса фармацевтического факультета
И.А. Зубов, М.Н. Чернова, Л.А. Шапошникова
Кафедра естественнонаучных дисциплин
Медицинский университет «Реавиз»
Научный руководитель: ***к.х.н., доцент Е.В. Фесик***

Применение магнитных жидкостей в медицине является одним из перспективных направлений. Они могут быть использованы как магнитноуправляемые рентгеноконтрастные средства, как феррожидкости для направленного транспорта лекарств, в магнитной сепарации очистки биоматериалов и др. Безусловно, большая значимость магнитных жидкостей заключается в лечении раковых опухолей – гипертермии.

В работе совместным осаждением гидроксидов различных ферромагнетиков из водных растворов солей в сильнощелочной среде при нагревании были синтезированы магнитные жидкости, представляющие собой дисперсионные системы, состоящие из трех фаз: магнитные наночастицы, поверхностно-активное вещество (соляная кислота, глицерин, моющее средство «Пемолюкс») и дисперсионная среда – вода.

При визуальной оценке размеров частиц отмечено, что в присутствии HCl получены более монодисперсные частицы с меньшими размерами, чем в образцах с органическими стабилизаторами.

Изучен химический состав магнитных частиц. Показано, что отношение атомов Fe:O = 3:4, что соответствует составу Fe_3O_4.

Дисперсность твердой фазы колеблется от десятков нанометров до сотни микрометров.

Таким образом, в работе получены магнитные жидкости, изучены дисперсность и химический состав твердой фазы, показана зависимость свойств магнитных жидкостей от природы стабилизатора.

ИССЛЕДОВАНИЕ ГРАВИЛАТА РЕЧНОГО РАЗЛИЧНЫМИ ФИЗИКО-ХИМИЧЕСКИМИ МЕТОДАМИ

Студенты 3 курса фармацевтического факультета
Н.В. Карпова, Ю.В. Машкевич
Кафедра фармации
Медицинский университет «Реавиз»
Научные руководители: ***к.х.н., доцент Р.В. Шафигулин,***
ст. преподаватель Л.В. Головкина

Гравилат речной (Geum rivale L.) - многолетнее травянистое растение семейства розоцветных - Rosaceae. Корневище толстое, бурое, одетое остатками листьев. Стебли в числе 1-3, высотой 25-75 см, прямостоячие, простые или слабоветвящиеся вверху, темно-красные. В корнях обнаружены дубильные вещества, крахмал, смолы, гликозид геин, горькие вещества, красное красящее вещество, флавоноиды, эфирное масло до 0,1% содержащее эвгенол, органические кислоты. Растение обладает вяжущим, кровоостанавливающим, обезболивающим, тонизирующим (общеукрепляющим), антисептическим действием.

Для изучения химического состава лекарственных растений в настоящее время используют различные физико-химические методы анализа. Для изучения флавоноидного состава растений оптимальными является методы обращенно-фазовой высокоэффективной жидкостной хроматографии (ОФ ВЭЖХ) и УФ-спектрофотометрии.

Целью настоящего исследования явилось изучение химического состава гравилата речного методами ОФ ВЭЖХ с амперометрическим детектированием и УФ-спектрофотометрии.

Были изучены различные варианты экстракции биологически активных соединений, в частности, полифенолов, из гравилата речного. Подобраны оптимальные условия хроматографического и спектрофотометрического анализа различных экстрактов гравилата речного.

ИЗУЧЕНИЕ IN VITRO БИОЭКВИВАЛЕНТНОСТИ ТАБЛЕТОК ПЕРИНДОПРИЛА И ИНДАПАМИДА

Магистр 2 курса химического факультета ***М.В. Сомова***
Кафедра физической химии и хроматографии
Самарский государственный университет
Научный руководитель ***к.х.н., доцент Р.В. Шафигулин***

В настоящее время фармацевтический рынок РФ в основном представлен дженериками, так называемыми воспроизведенными лекарственными препаратами (ЛП), доля которых составляет более 80%. Соответствие эффективности, качества и безопасности дженерика и оригинального ЛП (или другого препарата сравнения) обеспечивает их взаимозаменяемость в клинической практике. Поэтому на данный

момент остро стоит вопрос о контроле качества выпускаемых дженериков и определения их биоэквивалентности. Одним из способов определения качества дженериков является сравнение кривых растворения в испытаниях in vivo и in vitro. Испытания in vivo являются достаточно дорогостоящими и продолжительными, поэтому в последние годы для установления биоэквивалентности дженериков активно обсуждается вопрос о применимости теста «Растворение».

Целью данной работы стала разработка методики и изучение сравнительной фармакокинетики in vitro для ЛП периндоприла и индапамида, а также двухкомпонентных лекарственных средств на основе периндоприла и индапамида.

Тест «Растворение» проводили на приборе «Вращающаяся корзинка» в трех водных средах: 0,1 М раствор HCl с pH=1,2 и 0,05 М фосфатные буферные растворы с pH=4,5 и pH=6,8. Количественное содержание ЛП, перешедшего в раствор, определяли с помощью обращено-фазовой высокоэффективной жидкостной хроматографии (ОФ ВЭЖХ) и УФ-спектрофотометрии (УФ-СФ). ВЭЖХ-эксперимент выполнен на жидкостном хроматографе «Орлант-122» (г. Орел, Россия). В качестве сорбента использовали силикагель с привитыми октадецильными группами «Диасфер С18». Элюирование осуществляли в градиентном режиме при температуре 50°С. Подвижная фаза А представляла собой чистый ацетонитрил, подвижная фаза Б – смесь ацетонитрила и 0,05М фосфатного буферного раствора с pH=2,0 в соотношении 30:70. Количественное определение действующего вещества в ЛП методом УФ-СФ осуществляли на спектрофотометре СФ-2000.

По полученным данным строили профили растворения, оценку эквивалентности которых проводили на основании статистической обработки путем расчета фактора подобия. Сходство профилей данных препаратов позволило оценить их эквивалентность, т.е. их взаимозаменяемость в клинической практике.

АНАЛИЗ НЕКОТОРЫХ БИОЛОГИЧЕСКИ АКТИВНЫХ БЕНЗИМИДАЗОЛОВ МЕТОДОМ ВЭЖХ С АМПЕРОМЕТРИЧЕСКИМ ДЕТЕКТИРОВАНИЕМ

Магистр 1 курса химического факультета ***И. Старкова***
Кафедра физической химии и хроматографии
Самарский государственный университет
Научный руководитель: ***к.х.н., доцент Р.В. Шафигулин***

Высокоэффективная жидкостная хроматография – является одним из наиболее перспективных методов, позволяющих исследовать биологически активные вещества и моделировать различные биохимические системы. Наибольшее распространение получил обращено-фазовый вариант ВЭЖХ (ОФ ВЭЖХ), который позволяет анализировать соединения различной полярности. В качестве детекторов в современных приборах для ВЭЖХ используются УФ-детектор на диодной матрице, флуоресцентный и электрохимический. Уникальные возможности имеет амперометрический детектор, работающий в импульсном режиме. Вместе с низким пре-

делом детектирования к некоторым соединениям (на уровне 10~9 - 10~12 г) детектор обладает хорошей селективностью.

Объектами исследования в данной работе явились бензимидазолы: 4- [(1Н-бензимидазол-1-ил) метил] фенол; 2- [(2-метил-1Н-бензимидазол-1-ил) метил] фенол; 4- [(2-метил-1Н-бензимидазол-1-ил) метил] фенол. Хроматографическое исследование бензимидазолов проводили в условиях обращено-фазовой жидкостной хроматографии (ОФ ВЭЖХ). Применяли жидкостный хроматограф «Цвет Яуза» с амперометрическим детектором, насосом высокого давления, датчиком давления и системой промывки плужнера. Для обработки результатов применяли программу «Z-Lab». Скорость подвижной фазы составляла 500 мкл/мин., объем вводимой пробы - 10 мкл. В качестве сорбента использовали силикагель с привитыми октадецильными группами ZORBAX SB – C18 (4.6 мм×15 см) с размером частиц 5 мкм. Элюирование осуществляли в изократическом режиме при комнатной температуре. В качестве элюента использовали смесь ацетонитрила с 0,05 М водным раствором ацетата аммония в соотношении 1:1 и смесь ацетонитрила с 0,05 М водным раствором ацетата аммония с добавлением метанола в соотношении 50:40:1.

Для подбора оптимальных условий амперометрического детектирования в режиме прямого ввода мы варьировали напряжение на рабочем электроде детектора, строили зависимости «площадь пика бензимидазола – напряжение рабочего электрода».

Секция 9.
ПРОБЛЕМЫ ПЕДАГОГИКИ И ПСИХОЛОГИИ ВЫСШЕЙ ШКОЛЫ

ОРГАНИЗАЦИЯ СЕСТРИНСКОГО ПРОЦЕССА В ПРАКТИЧЕСКОМ ЗДРАВООХРАНЕНИИ

Преподаватель теории и практики сестринского дела ***В.В. Афандиева***
Аркадакский филиал ГАОУСПО «Балашовское медицинское училище»

Одним из наиболее очевидных изменений, произошедших в сестринском деле, стало создание собственной базы научных знаний, понятий и теорий. Основным понятием современной теории сестринского дела является сестринский процесс, который в настоящее время является основой сестринской помощи.

Сестринский процесс несет новое понимание роли медицинской сестры в практическом здравоохранении, требуя от нее не только наличия хорошей технической подготовки, но и умения творчески относиться к уходу за пациентами, работать с пациентом как с личностью, а не как с нозологической единицей, объектом «манипуляционной техники». Постоянное присутствие и контакт с пациентом делают медицинскую сестру основным связующим звеном между пациентом и внешним миром. Больше всех в этом процессе выигрывает пациент. От того, какие отношения устанавливаются между медицинской сестрой и пациентом, от их взаимопонимания нередко зависит исход заболевания.

Сестринский процесс, во-первых, определяет конкретные потребности пациента в уходе. Во-вторых, он способствует выделению из ряда существующих потребностей приоритетов по уходу и ожидаемых результатов ухода, кроме того, прогнозирует его последствия. В-третьих, сестринский процесс определяет план действий медицинской сестры, стратегию, направленную на удовлетворение нужд пациента. В-четвертых, с помощью сестринского процесса оценивается эффективность работы, проведенной медсестрой, профессионализм сестринского вмешательства. И, самое главное, сестринский процесс гарантирует качество оказания помощи, которое можно проконтролировать.

Преимущества внедрения методологии сестринского процесса для сестринского образования и практического здравоохранения заключается в следующем:

обеспечивается системный и индивидуальный подход к проведению сестринского ухода;

осуществляется эффективное использование времени и ресурсов, которые направлены на решение основных потребностей и проблем пациента;

гарантируется качество предоставляемой помощи и профессионализм медицинской сестры;

демонстрируется уровень профессиональной компетенции, ответственность и надежность медицинской службы, медицинского обслуживания;

обеспечивается безопасность проведения медицинского обслуживания.

Можно сделать вывод, что внедрение сестринского процесса в практическое здравоохранение позволит в полной мере реализовать на практике такие требования как научность, системность и индивидуальность.

ДИНАМИКА ПСИХОФИЗИОЛОГИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ СТУДЕНТОВ–ПЕРВОКУРСНИКОВ В ПРОЦЕССЕ АДАПТАЦИИ

Студент 1 курса лечебного факультета ***М. Бекетов***
Кафедра естественнонаучных дисциплин
Медицинский университет «Реавиз»
Научный руководитель ***к.м.н., доцент М.А. Федорова***

Проблема стресса – одна из ведущих проблем, с которой сталкивается студент – первокурсник. Обучение в высшей школе предъявляет повышенные требования к его адаптационным возможностям на этапе освоения новой деятельности, которая протекает при повышенных эмоциональных нагрузках с большим объемом получаемой информации на фоне гиподинамии. Под адаптацией студентов к обучению и воспитанию в образовательном учреждении понимают сложный многоуровневый процесс, включающий элементы физиологической, психологической и социальной адаптации.

Целью настоящего исследования является изучение психофизиологических показателей, включающих самочувствие, активность, настроение (САН), реактивную и личностную тревожность (по Спилбергеру-Ханиной) и их оценку у студентов-первокурсников в процессе адаптации к новым образовательным условиям в медицинском университете «Реавиз».

В исследовании принимали участие студенты лечебного факультета очного отделения 101, 102, 103 групп - всего 43 человека. Тестирование проводилось в динамике: при поступлении, в начале 1 и 2 семестров 2014-2015 учебного года.

Результаты исследований по оценке (САН) у студентов-первокурсников показали положительную динамику. Улучшились показатели самочувствия, активности, настроения. Наибольшие позитивные изменения происходили в показателях настроения по сравнению с самочувствием и активностью. Изучение психометрических показателей так же показало положительную динамику. Тестирование в начале обучения выявило высоко-развитую тревожность как личностную, так и ситуативную. Повторное обследование показало снижение уровня тревожности (личностной и ситуативной) до умеренных показателей.

Нашими исследованиями показано, что психофизиологическая адаптация студентов-первокурсников проходит эффективно, что свидетельствует о хороших образовательных условиях в университете «Реавиз».

ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ ЖЕНЩИНАМ С ДИАГНОЗОМ «РАК МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ»

Студентка 4 курса ФО ***О.А. Гулина***
ГАОУ СПО «Балаковский медицинский колледж»
Научный руководитель ***аспирант Е.Ю. Накаева***

«Возьмемся за руки, друзья,
Возьмемся за руки, друзья,
Чтоб не пропасть по одиночке…»
Б. Окуджава

Любое онкологическое заболевание можно расценивать как стресс высокой интенсивности. Большинство онкологических больных испытывают страх, стресс, депрессию и другие психологические проблемы. Женщина, столкнувшаяся с раком молочной железы, испытывает «двойную психологическую травму» – наличие болезни и необходимость удаления молочной железы.

Психологические проблемы, возникающие у пациенток, появляются уже с момента выявления заболевания, их можно разделить на три этапа.

I этап – с момента выявления заболевания до оказания медицинской помощи.

В этот период женщина испытывает тревогу, беспокойство. Страх и неспособность поверить в предварительный диагноз отрицательно действуют на её отношение к врачам и лечебным учреждениям. Своим недоверием она препятствует проведению обследования и постановке окончательного диагноза. Страх, который тревожит женщину в данный период, наиболее сильный, чем страх в другие периоды. Он имеет комплексный характер, сочетает в себе прежние страхи пациентки - страх перед операцией и страх перед возможной смертью. Женщина боится неизлечимости заболевания, возможного ухудшения ее состояния, физического дефекта, утраты женственности, возможного одиночества.

II этап – с момента поступления в лечебное учреждение до операции. Женщину все больше начинает угнетать её положение. Она начинает считать себя одинокой, покинутой всеми. Больничная атмосфера усиливает психологические переживания женщины, приходит понимание необходимости удаления молочной железы.

III этап – время после операции. Ведущими проблемами в этот период является чувство утраты женщиной привлекательности, сексуальности, женственности. Усугубить данное положение может потеря работы, снижение заработка, одиночество. Казалось бы, что женщина после мастэктомии должна быть здорова, но отсутствие в её организме онкологического очага не влияет на её, уже измененную психику. Страх и приобретенные комплексы влияют на развитие депрессии, социального одиночества.

После мастэктомии женщина ставится на диспансерный учет. Ей необходимо проходить всестороннее обследование на предмет рецидива заболевания. Обследо-

вание включает врачебный осмотр и дополнительные методы обследования. Ожидание результатов обследования повышает уровень страха и тревоги в этот период.

Получается так, что женщина, которая перенесла мастэктомию, остается не только с физическим дефектом (послеоперационный рубец), но и с психологическими переживаниями. Такую женщину, к сожалению, нельзя назвать абсолютно здоровой. Для полного излечения от рака молочной железы она нуждается не только в хирургическом, но и в психологическом лечении (психотерапия). Психотерапия должна быть оказана с момента появления первых психологических проблем, т.е. на первом этапе заболевания. Особо сильную роль в реабилитации женщины психотерапия будет играть на третьем этапе болезни, т.к происходит привыкание женщины к своему телу, адаптация в семье и на работе.

Кроме психологической поддержки, которую женщина получает в семье, она нуждается в профессиональной помощи. Наличие профессиональной психологической поддержки положительно влияет на реабилитацию. С помощью профессиональной психотерапии и индивидуальной программы реабилитации можно активировать в организме женщины скрытые возможности, предотвратить возникновение послеоперационной депрессии, снизить риск развития ранних и поздних послеоперационных осложнений (боль, рецидивы заболевания) и восстановить психологическое здоровье женщины.

Прежде всего, психологическая помощь должна заключаться в следующем.

1. Присутствие и сопровождение женщины во все периоды заболевания (не дать женщине почувствовать себя одинокой).
2. Составление планов на будущее, постановка целей и методов их достижения (мотивация на выздоровление).
3. Работа с женщиной для повышения её самооценки (профилактика депрессии).
4. Информирование женщины о реконструктивно-пластических операциях.
5. Создание индивидуальных комплексов реабилитации.

Таким образом, можно сделать вывод, что рак молочной железы – это «сверхсильный стресс», удачное излечение которого зависит от слаженной работы хирургов, психологов, семейного окружения женщины и индивидуальной программы реабилитации женщины в послеоперационном периоде.

АНАЛИЗ ИЕРАРХИИ ЖИЗНЕННЫХ ИНТЕРЕСОВ СТУДЕНТОВ ВУЗОВ

Студентки 2 курса лечебного факультета ***О.О. Доронина, С.И. Чугреева***
Кафедра гуманитарных и социально-экономических дисциплин
Московский медицинский универстет «Реавиз»
Научный руководитель ***к.м.н. С.В. Черкасова***

Особенности настоящего периода развития общества, значительные изменения, происходящие в социально-политической и экономической жизни, предъявляют качественно новые требования к возможностям человека. Студенческая

молодежь – это основной резерв социума, и уровень здоровья этой категории населения имеет огромное значение в формировании потенциала социально-экономического развития.

Целью исследования стало исследование структуры жизненных интересов студентов вузов.

Данные о жизненных приоритетах студентов вузов были получены путем анкетирования студентов 1-3 курсов немедицинских специальностей. Всего роздано 100 анкет. В анкете было предложено определить приоритеты, определенные десятью вариантами 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.

Наиболее часто в качестве первостепенного жизненного интереса в исследуемой группе студентов называлась семья. 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%).

На третьем и четвертых местах указывались такие ценности как любовь (особенно у женской части опрошенных) и образование. 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.

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.

РОЛЬ МЕДСЕСТРЫ В РЕАБИЛИТАЦИИ ЖЕНЩИН С РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ

Студентка 4 курса ФО ***М.А. Егорова***
ГАОУ СПО «Балаковский медицинский колледж»
Научный руководитель ***аспирант Е.Ю. Накаева***

«Великодушие сердца —
лучший вдохновитель разума»
А.А. Бестужев-Марлинский

Рак молочной железы (РМЖ) – это наиболее частый вид злокачественной опухоли этого органа. Данная опухоль занимает первое место среди онкологических заболеваний у женщин.

По данным Российского Онкологического Научного центра им. Н.Н. Блохина, ежегодно регистрируется около 50 000 женщин с раковым заболеванием молочной железы, ежегодно более 22 000 женщин умирает от этого заболевания.

Решением этой проблемы и, одновременно, одним из видов лечения данного заболевания является мастэктомия, т.е. удаление молочной железы.

Одним из тяжелых последствий после радикальной мастэктомии является постмастэктомическая депрессия. Потеря молочной железы - это не только физический недостаток, но и тяжелая психическая травма, оказывающая влияние на поведение женщины в быту и обществе.

Кроме психологической поддержки, которую женщина получает в семье, она нуждается в профессиональной помощи.

Целью данной работы является обоснование значимости медицинской сестры в реабилитации пациенток, перенесших рак молочной железы.

Реализация данной цели зависит от решения следующих задач.

1. Работа с женщинами для повышения её самооценки (профилактика депрессии).

2. Информированность женщин о реконструктивных и пластических операциях.

3. Участие в создании индивидуальной комплексной реабилитации.

ФЛОРЕНС НАЙТИНГЕЙЛ - ЛЕДИ С ЛАМПОЙ

Студентка 1 курса отделения «Сестринское дело» ***А. Иванова***
ГАОУСПО «Балашовское медицинское училище» Аркадакский филиал
Научный руководитель ***О.В. Сорокина***

Флоренс Найтингейл, первая исследовательница и основоположница сестринского дела, совершила переворот в общественном сознании и во взглядах на роль и место медицинской сестры в охране здоровья общества.

В середине XIX века предполагалось, что удел женщины — оставаться дома и ухаживать за детьми. Работали только самые бедные женщины, для которых работа была способом к существованию. Уход за больными считался плохой работой, поскольку трудиться приходилось в ужасных условиях и за грошовую плату. Отношение к сиделкам изменилось благодаря Флоренс Найтингейл.

Крымская война стала поворотным моментом в жизни Найтингейл. Условия содержания раненых были ужасные. Однако персонал госпиталя принял Флоренс и ее девушек холодно. Сестрам милосердия было отказано в праве ухаживать за больными. Тем временем в госпиталь начало поступать огромное количество раненых. В этом положении у врачей не было иного выхода, как только попросить Найтингейл и ее команду включиться в работу госпиталя. Через шесть месяцев после ее прибытия смертность в этом госпитале снизилась с 42,7 до 2,2 процента.

Находясь в Крыму, Найтингейл серьезно заболела так называемой «крымской лихорадкой», и ее жизнь оказалась в опасности. Многие люди были обеспокоены

судьбой национальной героини. Устраивались собрания, на которых англичане выражали свое восхищение ее подвижничеством. Был основан «Фонд Найтингейл», занимавшийся сбором средств на обучение и подготовку сестер милосердия. Удалось собрать 44 000 английских фунтов стерлингов, из них почти 9 000 были внесены солдатами: они отчисляли в фонд сумму, равную дневному жалованию. На Флоренс легла новая ответственность — как эффективнее использовать полученные средства.

В начале 1858 года была опубликована брошюра Найтингейл «Заметки о госпиталях». В ней был обобщен ее опыт обследования работы английских и зарубежных больниц, а также описывалась ее деятельность в годы Крымской войны. Книжка начинается фразой: «Самое первое необходимое требование: госпиталь не должен причинять вреда никому из больных».

Вскоре после публикации «Заметок о госпиталях» Найтингейл закончила еще одну рукопись «Заметки об уходе за больными». Она вышла в свет в 1859 году и вскоре была переведена на многие европейские языки, в частности, французский, немецкий, итальянский.

Флоренс участвовала в дискуссиях о плохих санитарных условиях в Индии. Как показали статистические данные, большая часть служивших там британских солдат погибала не от ран, а от различных болезней. После восстания сипаев, подавленного в 1859 году, Найтингейл всерьез задумалась над улучшением медицинского обслуживания британских солдат в Индии. Все ее обращения в правительство оказывались бесплодными. Тогда она написала книгу «Наблюдения», намечавшую путь санитарной реформы в Индии. Также ею написаны три работы по теологии. Флоренс принимала участие в редактировании книги Джоуэтта «Платон», помогала ему в подготовке книги «Библия для детей и школьников».

В возрасте 70 лет Флоренс начала терять зрение и к 80 годам полностью ослепла. Однако она продолжала работать при помощи секретаря, который читал ей книги и документы вслух, и принимала приходивших к ней за советом посетителей. Постепенно ей стала изменять память, и в 86 лет она окончательно прекратила какую-либо деятельность.

В 1907 году, в возрасте 87 лет, Найтингейл была награждена орденом «За заслуги», ей который вручил король Эдуард VII. Она стала первой женщиной, удостоенной этой награды. 13 августа 1910 года 90-летняя Найтингейл умерла во сне, в своей комнате.

Предложение правительства об организации официальных похорон в Вестминстерском аббатстве было отклонено в соответствии с последней волей Найтингейл. На могильном камне, по ее желанию, была выбита короткая надпись: «Ф.Н. родилась в 1820, умерла в 1910». Флоренс Найтингейл считала, что дела гораздо важнее любых титулов и слов.

БИОЭТИКА И ФИЛОСОФИЯ СЕСТРИНСКОГО ДЕЛА

Преподаватель теории и практики сестринского дела ***С.А. Кирюшкина***
Аркадакский филиал ГАОУСПО «Балашовское медицинское училище»

Общеизвестно, что биоэтика рассматривает нравственную сторону деятельности человека в медицине, его поведение и поступки. Медицинская этика уделяет внимание кругу этических проблем во взаимодействии медицинского работника и пациента.

Главными вопросами медицинской этики являются вопросы эвтаназии, трансплантологии (прижизненное изъятие органов, использование органов от умерших людей), аборт, клонирование, проведение клинических испытаний, суррогатное материнство, соблюдение врачебной тайны.

Биоэтика является ответом на так называемые «проблемные ситуации» этико-правового характера, объективно возникающие под влиянием научно-технического прогресса в медицине, в современной клинической практике. Во всем этом важную роль играет изменение социальных и экономических факторов, глобализация и смешение культурно-религиозных традиций.

Медицинская этика на практике доказывает свою необходимость, целесообразность и полезность. Усилиями медицинских работников многих поколений она выработала свои законы, принципы и правила.

Нарушение законов и правил по вопросам биоэтики карается осуждением коллег, презрением пациентов и их родственников, презрением социального окружения и, самое главное, карается по решению суда в рамках гражданского и уголовного права в зависимости от тяжести наступивших последствий.

Биоэтика соединяет в себе философию и медицину.

Философия сестринского дела основана на общечеловеческих принципах этики и морали. В центре ее внимания находится человек. Основным принципом философии сестринского дела является уважение к жизни, достоинству и правам человека. Реализация принципов философии сестринского дела зависит от взаимоотношений медицинской сестры и общества.

Философия сестринского дела устанавливает основные этические обязанности специалистов по обслуживанию человека и общества, цели, к которым стремится профессионал, моральные качества, добродетели и навыки, ожидаемые от практикующих специалистов.

В современной практической медицине часто возникают неоднозначные ситуации, которые требуют соблюдения такта со стороны медицинского работника. Поэтому вопросы медицинской этики требуют постоянного обсуждения, как в медицинском сообществе, так и в кругу широкой общественности.

ОПЫТ ФОРМИРОВАНИЯ ДУХОВНО-НРАВСТВЕННОГО ВОСПИТАНИЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ В ГАОУ СПО СО «САРАТОВСКИЙ ОБЛАСТНОЙ БАЗОВЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ»

Заведующая отделением постдипломной подготовки ***Н.В. Клочковская****,*
заведующая методическим отделом ***Л.В. Плотникова***
ГАОУ СПО СО «Саратовский областной базовый медицинский колледж»

Россия – особая цивилизация, находящаяся на границе востока и запада, внесшая неоценимый вклад в развитие человечества. Россия – образец братского сосуществования сотен народов, ни один из которых не потерял своей национальной самобытности, имеет опыт милосердия, духовности и меценатства, без чего невозможно дальнейшее развитие мировой цивилизации.

В Послании Президента России Федеральному собранию Российской Федерации от 13 декабря 2013 года было подчеркнуто: «…Нам нужно возрождать и традиции милосердия. Предлагаю организовать в России широкое движение добровольцев, готовых работать в системе здравоохранения, оказывать посильную помощь…».

Милосердие является универсальным этическим принципом медицинской этики. Он гласит: «Я принесу добро пациенту или, по крайней мере, не причиню ему вреда». Милосердие подразумевает чуткое и внимательное отношение к пациенту, выбор методов лечения пропорциональных тяжести состояния, готовность и способность пациента справиться с предписанным медицинским вмешательством. Главное, чтобы любое действие медицинского работника было направлено во благо конкретного пациента.

Профессиональная сестринская деятельность (уход) представляет собой научно-обоснованную систему мероприятий, обеспечивающих максимальную адаптацию каждого конкретного пациента к жизни в условиях болезни, в условиях ограниченной свободы. Это организованный многоплановый процесс, направленный на личность, с ее физическими и психосоциальными проблемами. Деятельность медицинской сестры реализуется в сестринском процессе.

На основании имеющегося опыта мы предлагаем обратиться к осмысленному и используемому в нашей работе структурному принципу модели сестричества – принципу живого, динамичного, взаимосвязанного сотрудничества следующих структур:

образовательной (подготовка медсестры в медицинских училищах и колледжах);

духовной (культурно-просветительская работа Православной Церкви среди студентов учебных заведений; воспитательная работа в учебных заведениях);

организационной (активная заинтересованность лечебно-профилактических и социальных учреждений в подготовке современных сестер милосердия).

АНАЛИЗ МОТИВАЦИОННЫХ УСТАНОВОК СРЕДНЕГО МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА

Аспирант ***А.Ю. Костикова***
Кафедра гуманитарных и социально-экономических дисциплин
Московский медицинский университет «Реавиз»
Научный руководитель ***д.м.н. С.Н. Черкасов***

Для отрасли здравоохранения, которая переживает период сложных социально-экономических преобразований, проблема эффективного управления персоналом особенно актуальна, так как работа в этой сфере связана с общением с людьми. Мотивация к труду является важной социально-экономической характеристикой и определяет характер и направление мероприятий по стимулированию работника к более производительному и качественному труду.

Цель исследования заключалась в выполнении анализа значимости мотивационных установок к труду у участковых медицинских сестер.

Проведено анкетирование 256 участковых медицинских сестер, работающих в 14 учреждениях муниципального здравоохранения г.о. Самара.

Материальные стимулы к трудовой деятельности были выражены у работающих участковых медицинских сестер г.о. Самара в качестве основных, чаще в возрасте 40-49 лет, тогда как в возрастных группах 30-39 лет и старше 50 лет они не являются ведущими стимулами, а в молодом возрасте – не определяющими для осуществления трудовых обязанностей. У незамужних работниц было выражено стремление к карьерному росту, желание занять подобающее своим представлениям место в профессиональной среде. Социальный фактор, сформулированный как «быть нужным обществу, приносить пользу людям» является значимым для обладателей таких брачных состояний как «разведена» и «не замужем».

Проведенный анализ позволил выявить различные мотивационные установки к труду участковых медицинских сестер г.о. Самара, что вызывает необходимость использования различных подходов к стимулированию работников в целях повышения производительности труда.

АДАПТАЦИЯ МОЛОДЫХ СПЕЦИАЛИСТОВ СЕСТРИНСКОГО ДЕЛА

Студентка 3 курса медико-социального факультета ***Ю.А. Лушина***
Кафедра ВСО Медицинский университет «Реавиз»
Научный руководитель ***к.п.н., доцент В.А. Лёвина***

Адаптация среднего медицинского персонала является актуальной проблемой особенно в условиях недостаточной укомплектованности кадрами и повышенных требований к качеству труда медицинского работника.

Правильный подбор кадров, их адаптация ведёт к сплоченности коллектива, способствует взаимопониманию, выполнению задач проводимых реформ в здравоохранении.

Наставник в этот сложный период для нового сотрудника поможет найти себя в профессии, безболезненно пройти период адаптации, связанный для молодого специалиста с серьёзными переживаниями.

Быстрое вхождение в коллектив, освоение профессиональных знаний и навыков в короткие сроки, а отсюда и удовлетворённость работой, в значительной степени зависят от качества наставнической работы.

Знание личностных характеристик подопечного, индивидуальное планирование процесса, постоянный документированный контроль процесса адаптации поможет выявить проблемы и скорректировать план адаптации.

Адаптация новых сотрудников должна проводиться под руководством наставников, которые соответствуют предъявляемым критериям. Нагрузка на наставников позволяет больше внимания уделять личностным качествам подопечных и документированию контроля адаптации.

Карты мониторинга, адаптированные к конкретному рабочему месту, и анкета личностной характеристики, несомненно, окажут помощь наставникам в своевременном выявлении нарушения процесса адаптации и коррекции индивидуального плана.

Таким образом, для совершенствования процесса адаптации необходимо проводить документированный контроль за процессом адаптации по разработанной карте мониторинга профессиональных знаний и умений, осуществлять разработку карт на все должности, проводить анкетирование подопечных в процессе адаптации, мотивировать наставников моральными и материальными стимулами.

О ПРОБЛЕМАХ ВОСПИТАНИЯ ТОЛЕРАНТНОСТИ У СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ

Преподаватель ***Е.К. Назарова***

Реформирование сестринского дела, появление новых направлений деятельности и постепенное изменение статуса среднего медицинского работника требуют профессиональной подготовки в области теоретической и практической психологии.

Выпускник должен максимально быстро адаптироваться к тем условиям, в которые попадает после окончания колледжа. Его адаптация, как в жизни, так и в профессиональной деятельности возможна лишь при наличии сформировавшихся профессиональных и социальных умений, а также качеств личности. Одним из таких качеств является толерантность.

Формирование толерантного мировоззрения у студентов медицинского колледжа является длительным, сложным и целостным процессом, который целесообразно осуществлять поэтапно.

Все годы обучения в колледже можно условно разделить на три этапа. Первый год - время адаптации студента к новым людям, условиям, требованиям. На этом периоде классные руководители, психолог начинают собирать и накапливать ин-

формацию о различных сторонах жизни, поведении и динамике развития студентов. Эти сведения в дальнейшем помогут разработать индивидуальные и групповые программы нравственного развития учащихся и сформировать толерантные отношения внутри групп.

На следующем этапе происходит изучение и усвоение духовно-нравственных норм и ценностей, принятых в человеческом обществе. Этому способствуют различные творческие задания на уроках гуманитарного цикла.

Одним из составных элементов толерантности выступает веротерпимость человека. В нашем учебном заведении обучаются дети различных национальностей и религиозных конфессий. Важно развить в студентах чувства уважения к иной, не родственной им культуре. С этой целью в учебном заведении проводятся конференции, дискуссии, круглые столы.

При изучении ПМ 04 студенты знакомятся с таким понятием как «эмпатия». Считается, что в медицину должны идти люди с высоким уровнем человеколюбия. Высокая эмпатийность помогает лучше прочувствовать состояние пациента.

В конце второго года обучения начинается третий этап формирования толерантного мировоззрения. Студенты-медики проходят УП и ПП в ЛПУ различного профиля и начинают общаться с пациентами. Помимо учебных занятий и практики, студенты задействованы и во внеаудиторных мероприятиях.

Таким образом, развитие толерантных отношений студентов является частью профессиональной подготовки и представляет собой организационно-педагогическую систему обучения и воспитания в медицинском колледже, включающую теоретическою подготовку и практическую деятельность в единстве и взаимосвязи.

ФИЛОСОФИЯ СЕСТРИНСКОГО ДЕЛА КАК ОСНОВА ДЛЯ ФОРМИРОВАНИЯ ЭТИКО-ДЕОНТОЛОГИЧЕСКИХ ПРИНЦИПОВ В ОБУЧЕНИИ СРЕДНИХ МЕДРАБОТНИКОВ

Преподаватель ***Т.Н. Пахомова***

Реформа сестринского дела в отечественном здравоохранении развернулась в нескольких направлениях. Это сестринское образование, сестринская практика и научные исследования в сестринском деле. По ходу реформы закономерно зрело осознание новые этических проблем сестринского дела. Целью реформы является обретение отечественными медсестрами автономии и самодостаточности. Вместе с реформами в профессиональную лексику отечественных медиков вошло понятие «Философия сестринского дела» - определение ее миссии в обществе и лежащей в её основе системы ценностей.

Главной идеей философии сестринского дела является прививание любви к своей профессии и понимание её. Изучение сестринского процесса несет новое понимание роли медсестры в практическом здравоохранении, и оно выражается в основных требованиях к выпускникам:

1. в умении клинически мыслить в пределах своей компетенции и самостоятельно принимать решения;

2. виртуозно владеть манипуляционной техникой;

3. грамотно строить общение с пациентами и коллегами.

Решение ситуационных задач способствует принятию правильного решения в условиях дефицита времени, выбору из большего объема информации ту, которая необходима для решения проблем в данной ситуации.

При проведении фронтальных опросов и блиц опросов вырабатывается умение давать четкие и ясные формулировки, а также связно и логично излагать свои мысли.

Для виртуозного владения манипуляционной техникой мы стремимся доводить до автоматизма выполнение манипуляций, повышая работоспособность студентов за счет алгоритмичности действий.

Способность располагать к себе людей и вызывать у них доверие, быстро находить нужный тон и целесообразную форму общения, умение вести деловую беседу - все эти коммуникативные способности вырабатываются при использовании на занятиях методик по психологической подготовке пациентов, знакомства с правилами внешней и внутренней культуры, правилами и методами терапевтического общения, руководствуясь основными принципами философии с/дела - «Уважение к жизни, достоинству и нравам пациента» и опираясь на философию сестринского дела - фундамент всех аспектов профессиональной деятельности медсестер.

ИССЛЕДОВАНИЕ ХАРАКТЕРИСТИК ПИТАНИЯ СТУДЕНТОВ ВУЗОВ

Студент лечебного факультета ***В.А. Сергеев***
Кафедра гуманитарных и социально-экономических дисциплин
Московский медицинский университет «Реавиз»
Научный руководитель ***д.м.н. С.Н. Черкасов***

В настоящее время понимание здоровья как категории, значимой для жизни общества, находит все более широкое распространение. Описано более 200 факторов, которые оказывают самое существенное влияние на здоровье современного человека. Характеристики питания, особенно у студентов, можно рассматривать как комплексный фактор риска заболеваний пищеварительного тракта, что определяет актуальность данного исследования.

Цель исследования стало исследование основных характеристик питания студентов вузов г. Нижневартовска.

Данные об характеристиках питания студентов вузов г. Нижневартовска были получены путем анкетирования студентов 1-2 курсов. Всего собрано 100 анкет. В качестве характеристик питания рассматривали регулярность, частоту приемов, характер пищи, зависимость характеристик питания от степени ответственности за собственное здоровье.

Регулярно принимали пищу только 72% студентов. Почти треть опрошенных принимали пищу столько раз, сколько им позволяла текущая ситуация. Среди тех,

кто принимал пищу регулярно, каждый четвертый делал это три раза в день (40%), каждый третий (29%) более трех раз в день или два раза в день (27%) и только 2% студентов принимали пищу один раз в день.

Каждый третий студент (30%) не всегда следит за качеством принимаемой пищи, и многие признавались, что они стараются питаться правильно, но употребляют много жареной, копченой, жирной и острой пищи, а периодически и «фастфуд». Подавляющее большинство студентов (93%) принимают пищу между основными приемами, из них 30% - пили чай или кофе, остальные употребляли фрукты, йогурты, шоколад, конфеты, печенье, фастфуд. Большинство студентов регулярно употребляют газированные напитки, и только каждый четвертый опрошенный старается их исключить из своего рациона.

Результаты исследования свидетельствуют о частом несоответствии характеристик питания студентов вузов требованиям «здорового» образа жизни.

НОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ ОБУЧЕНИЯ МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА, ИХ ЭФФЕКТИВНОСТЬ

Преподаватель ГАОУ СПО СО Саратовского областного базового медицинского колледжа ***Н.А. Сергеева***

Современная эпоха предъявляет к профессии медицинской сестры новые требования, прежде всего, в сфере освоения новых медицинских технологий.

В здравоохранении понятие «новые технологии обучения медицинского персонала» понимается как способность медицинской сестры систематически и постоянно повышать и расширять уровень профессиональных и общих компетенций, совершенствовать мышление и личные качества, требуемые для оказания квалифицированной, безопасной сестринской помощи.

Одной из педагогических технологий сестринской деятельности является «накопительная система зачёта часов». Это гибкая, быстро реагирующая форма дополнительного профессионального обучения, позволяющая за счёт развития самостоятельной творческой активности медицинских работников сократить их единовременное пребывание в стенах образовательного учреждения без сокращения количества часов, соответствующих программе. Она представляет собой систему зачётных баллов для обучающегося по результатам накопления объема знаний и умений, выраженных в часах, которая повышает и совершенствует теоретические знания и практические умения.

Другой новой технологией обучения среднего медицинского персонала является технология интенсивного обучения, которая предусматривает проведение краткосрочных занятий с медицинским персоналом по освоению нововведений, применение приобретенных знаний и навыков на рабочем месте.

Одним из инновационных направлений в совершенствовании профессионального мастерства стал «Мини-госпиталь» по типу отделения сестринского ухода.

Технология социально-контекстного образования (ТСКО) – система организации учебно-воспитательного процесса в учреждениях среднего и высшего профессионального образования, основанная на игровом моделировании ситуаций жизнедеятельности в контексте социального взаимодействия обучающихся, связанных с постановкой актуальной проблемы и проектированием этапов достижения цели и решения целесообразных задач.

Таким образом, на основании вышеизложенного можно сделать вывод: применение принципиально новых средств обучения открывает возможности для внедрения научно-технического прогресса в новые технологии обучения среднего медицинского персонала.

ОРГАНИЗАЦИЯ СЕСТРИНСКОГО ПРОЦЕССА В ПРАКТИЧЕСКОМ ЗДРАВООХРАНЕНИИ

Преподаватель теории и практики сестринского дела ***О.В. Сорокина***
Аркадакский филиал ГАОУСПО «Балашовское медицинское училище»

Сестринский процесс является одним из основных понятий современных моделей сестринского дела. В соответствии с требованиями Государственного образовательного стандарта по сестринскому делу, сестринский процесс – это метод организации и исполнения сестринского ухода за пациентом, направленный на удовлетворение физических, психологических, социальных потребностей человека, семьи, общества.

Целью сестринского процесса является поддержание и восстановление независимости пациента, удовлетворение основных потребностей организма.

Сестринский процесс требует от сестры не только хорошей технической подготовки, но и творческого отношения к уходу за пациентами, умения работать с пациентом как с личностью, а не как с объектом манипуляций. Постоянное присутствие сестры и ее контакт с пациентом делают сестру основным звеном между пациентом и внешним миром.

Сестринский процесс состоит из пяти основных этапов.

1. Сестринское обследование. Сбор информации о состоянии здоровья пациента, который может носить субъективный и объективный характер.

2. Установление проблем пациента и формулировка сестринского диагноза. Проблемы пациента подразделяются на существующие и потенциальные. Поскольку у пациента всегда бывает несколько проблем, сестра должна определить систему приоритетов. Приоритеты классифицируются как первичные и вторичные.

3. Определение целей сестринского ухода и планирование сестринской деятельности. Формируя цели, необходимо учитывать действие (исполнение), критерий (дата, время, расстояние, ожидаемый результат) и условия (с помощью чего и кого). Определив цели и задачи по уходу, сестра составляет письменное руководство по уходу, в котором должны быть подробно перечислены специальные действия медсестры по уходу, записываемые в сестринскую историю болезни.

4. Реализация планируемых действий. Этот этап включает меры, которые принимает медицинская сестра для профилактики заболеваний, обследования, лечения, реабилитации пациентов.

5. Оценка эффективности сестринского ухода. Данный этап основан на исследовании динамических реакций пациентов на вмешательства сестры.

Целью сестринского процесса является поддержание и восстановление независимости пациента, удовлетворение основных потребностей организма.

ОПЫТ ВВЕДЕНИЯ ПРЕПОДАВАНИЯ МЕДИЦИНСКИХ ДИСЦИПЛИН В ДУХОВНЫХ АКАДЕМИЯХ И СЕМИНАРИЯХ

Студент 2 курса лечебного факультета ***П.П. Тарнаев***
Кафедра гуманитарных и социально-экономических дисциплин
Московский медицинский университет «Реавиз»
Научный руководитель ***В.С. Олейникова***

Причиной появления «класса медицины» в духовных училищах послужило бедственное положение крестьян, связанное с практически полной невозможностью получения ими медицинской помощи. Инициатором введения преподавания медицины в духовных училищах выступила Русская Православная Церковь. В 1802 году по указу Александра I преподавание медицинских дисциплин было включено в программу обучения в духовных училищах. В указе говорилось, что из-за острого дефицита врачей, даже самые простые болезни и травмы для крестьян становятся смертельными. В работе над императорским указом принимали участие известные государственные деятели - статс-секретарь Д.П. Торощинский, директор Медицинской коллегии А.И. Васильев, митрополит Новгородский и С.-Петербургский Амвросий и другие члены Священного Синода. Курс медицины, читавшийся в духовных училищах, был представлен такими предметами как анатомия, физиология, терапия, ботаника, фармакология, оказание неотложной медицинской помощи. На занятиях по анатомии учащиеся изучали строение костей и мышц, органов брюшной и грудной полости, головы с отдельным изучением уха, глаз, носа, рта и глотки. В курс физиологии входило изучение систем кровообращения, дыхания, пищеварения, органов чувств и процессов осязания, обоняния, вкуса, зрения и слуха. Так же на занятиях студентам рассказывалось о процессе дыхания, глотания, пищеварения, кроветворения. В курс обучения входил и раздел, посвященный оказанию неотложной медицинской помощи. В нем рассказывалось о помощи женщинам и детям, роженицам, неотложной помощи при солнечном ударе и утоплении.

Острая нехватка преподавателей и невозможность решить эту проблему сыграла ключевую роль в судьбе первого начинания по обучению семинаристов азам медицины. 18 июля 1808 года последовал указ Александра I об отмене преподавания медицины в духовных училищах. К решению этой проблемы вновь вернутся лишь спустя 30 лет.

«РОЛЬ ПСИХОЛОГИИ В ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ»

Преподаватель ***В.А. Цуканова***

Психология как наука занимает промежуточное место в системе между общественными науками с одной стороны, естественными - с другой, техническими - с третьей. Многогранность проблем человека значима не только для психологии, но и для медицины. Психология помогает лучше разобраться в собственных эмоциях и переживаниях окружающих. Особенно она важна для медицинского работника, важнейшей целью которого является понимание психологического состояния пациента.

Профессия медицинского работника требует высоко развитого уровня эмпатии, немаловажную роль при этом играет темперамент медицинского работника и его коммуникабельность.

При общении с пациентом необходимо оценить серьёзность жалоб, манеру их предъявления, отделить главное от второстепенного, не обижая больного недоверием. Всё это требует большого такта, в особенности, когда речь идёт о выяснении душевного состояния, психических травм, играющих большую роль в развитии болезни.

Во время общения больного нужно всегда учитывать его культурный уровень, степень интеллектуального развития, профессию и другие обстоятельства. Следует избегать пустых, ничего не значащих слов, то есть нельзя предложить стандартную форму разговора медработника с пациентом - здесь необходимы изобретательность и творческое отношение.

Следует отметить, что предпосылкой возникновения положительных психологических отношений и доверия между медработниками и больными является квалификация, опыт и искусство медицинского работника.

Для проявления доверия к медработнику имеет значение первое впечатление, возникающее у пациента при встрече с ним. При этом значение для человека имеет актуальная мимика медицинского работника, его жестикуляции, тон голоса, выражения лица, вытекающие из предыдущей ситуации и не предназначенные для больного, употребление сленговых речевых оборотов, а также его внешний вид.

Бывают ситуации, когда уместно проявить чувство юмора, однако без тени насмешки, иронии и цинизма. Такой принцип как «смеяться вместе с больным, но никогда - над больным», известен многим. Однако некоторые больные не переносят юмора даже с добрым намерением и понимают его как неуважение и унижение их достоинства.

Наличие психологической подготовки медицинского работника и изучение психологии в системе среднего медицинского образования способствуют существенному повышению качества лечения пациентов и подготовке высококвалифицированных специалистов, способных целенаправленно передавать свой опыт

другим, что рассматривается в современном обществе как наиболее значимая ценность, формирующая фундамент развития креативной личности, смело смотрящей в будущее.

ДИАГНОСТИКА И ПРЕДУПРЕЖДЕНИЕ СИНДРОМА ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ СЕСТРИНСКОГО ПЕРСОНАЛА

Аспирант 3 года обучения ***Л.Ю. Шейко***
Медицинский университет «Реавиз»
Научный руководитель ***д.м.н., профессор В.В. Масляков***

Синдром эмоционального выгорания (СЭВ) – это процесс постепенной утраты эмоциональной, когнитивной и физической энергии, проявляющийся в симптомах эмоционального, умственного истощения, физического утомления, личной отстраненности и снижения удовлетворения исполнением работы.

Высокая производственная нагрузка медицинских сестёр, постоянное ожидание осложнений в состоянии больных требуют высокой функциональной активности организма и могут быть квалифицированы как ведущие патогенные профессиональные факторы.

Медицинские сестры находятся в рамках медико-экономических стандартов, требований к объему медицинской помощи и диагностических вмешательств, которые они должны выполнять по отношению к пациенту. Однако финансирование здравоохранения не соответствует этому объему.

Профессия медицинской сестры предъявляет большие требования к психофизиологическим свойствам человека. Так, профессионально важными качествами для медсестры являются высокая ответственность, терпимость, эмпатия, умение устанавливать контакт с пациентами, низкий уровень тревожности, умение сосредоточиться и принимать решения.

С целью разработки рекомендаций для руководителей сестринских служб по предупреждению синдрома профессионального выгорания нами была проведена диагностика синдрома эмоционального выгорания в сестринском коллективе МУЗ «ГБ№1» г. Энгельса. Работа проводилась поэтапно: исследования темперамента, внутреннего напряжения и синдрома профессионального выгорания. Для исследования были применены методы тестирования, анкетирования, опроса и использованы следующие методики: «Диагностика эмоционального выгорания лич- ности» В.В. Бойко, «Шкала реактивной и личностной тревожности» Спилбергера-Ханина, «Опросник структуры темперамента» В.М. Русалова. В исследованиях приняли участие 50 медицинских сестёр.

Анализ мотивационно-профессиональной характеристики медицинских сестер показал, что 74% медсестер приоритетами в своей работе считают приобретение дополнительного профессионального опыта, заинтересованность в работе и вы-

сокий уровень заработной платы. Для медицинских сестер характерен низкоэмоционально-активный тип, который сходен с типом сангвиника по классической терминологии.

Диагностика тревожности проводилась с помощью теста STAI, который известен как шкала реактивной и личностной тревожности Спилбергера-Ханина. У медицинских сестер МУЗ «ГБ№1» выявлен высокий уровень тревожности - 57 ± 0,4 балла.

Результаты диагностики синдрома эмоционального выгорания у медицинских сестер МУЗ «ГБ№1»

Уровень	Фаза					
	Напряжение		Резиденция		Истощение	
	Абс. число	%	Абс. число	%	Абс. число	%
не сформирован	1	2	1	2	2	4
стадия формирования	1	2	2	4	1	2
сформирован	1	2	1	2	3	6
Всего	3	6	3	6	6	12

Из представленных данных можно сделать заключение, что у медицинских сестер преобладает фаза истощения СЭВ, которая выявлена в 12% наблюдениях, что проявлялось в полном исключении эмоций из профессиональной деятельности, равнодушном и даже негативном отношении к пациентам.

Снижение самооценки своей компетентности, недовольство собой, тревога и депрессия выявлена в 6% наблюдениях (фаза напряжения). Равнодушное отношение к профессиональным обязанностям, экономия эмоций, чувства усталости от контактов (фаза резистенции) выявлена в 6% наблюдениях.

С целью создания благоприятных условий работы в сестринском коллективе, и, как следствие, предупреждение СЭВ, руководителям сестринских служб рекомендовано проведение систематического мониторинга социально-гигиенической и мотивационно-профессиональной характеристик медицинских сестер в ЛПУ. Необходимо учитывать такие факторы, как темпераментные свойства медицинских сестер. Внимательное отношение к пожеланиям сотрудников при составлении графиков работы, способствование развитию неформальных отношений в коллективе, организация и оборудование комнат психологической разгрузки и др.

Кроме того мы считаем, что главные, старшие медицинские сестры должны учитывать в своей деятельности следующие необходимые направления.

1. Оказание психологической поддержки сотрудников, понимание их внутренних проблем, глубинных источников конфликтности.

2. Совершенствование системы нематериального стимулирования. Проявление уважения, участие, поддержки, внимание сотрудники ценят не меньше, чем деньги.

3. Способствование профессиональному совершенствованию.

В целях направленной профилактики СЭВ медицинским сестрам следует самостоятельно рассчитывать и обдуманно распределять свои нагрузки, учиться переключаться с одного вида деятельности на другой, проще относиться к конфликтам на работе, не пытаться быть лучшим всегда и во всем. Помните: работа – всего лишь часть жизни.

ПРОБЛЕМЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ ПРИМЕНЕНИЯ АНТИТОКСИНОВ ПРОТИВ ЗМЕИНОГО ЯДА

Студент 3 курса лечебного факультета ***К.Д. Сафаров***
Кафедра естественнонаучных дисциплин
Медицинский университет «Реавиз»
Научный руководитель ***к.б.н., доцент Е.В. Антипов***

В настоящее время точное число змеиных укусов неизвестно, но, по оценкам ВОЗ, ежегодно 5 миллионов человек подвергается укусам змей, что составляет 2,5 миллиона случаев поражения ядом. Ежегодно, в результате змеиных укусов происходит 100 000 случаев смерти и примерно троекратное число случаев ампутаций и других видов пожизненной инвалидности. Антитоксины против змеиного яда являются единственным эффективным лечением для предотвращения и устранения большинства из последствий поражения ядом в результате змеиных укусов. Они включены в «Перечень основных лекарственных средств ВОЗ» и должны быть составной частью пакета услуг первичной медико-санитарной помощи там, где случаются змеиные укусы.

Цель исследования: изучить современные проблемы применения антитоксинов по всему миру, а также пути их решения, разрабатываемые во Всемирной организации здравоохранения.

К глобальным проблемам использования антитоксинов в мире относятся следующие:

1) проблемы в области производства антитоксинов, связанные с тем, что в настоящее время лишь несколько стран производят иммуногены (змеиные яды) надлежащего качества для производства антитоксинов;

2) слабые системы здравоохранения и отсутствие данных для сбора надежных статистических данных в странах с широким распространением змеиных укусов;

3) недооценка потребностей в антитоксинах национальными органами здравоохранения, приводящее к низкому спросу на производство антитоксинов и проведению в странах ненадлежащих стратегий в области закупок и распределения лекарственных средств.

В настоящее время ВОЗ подготовила два инструмента для содействия разработке надлежащих антитоксинов:

1) руководящие принципы ВОЗ по производству, контролю и регулированию антитоксинов;

2) онлайновая база данных о распределении в мире ядовитых змей, имеющих клиническое значение, и существующих против их укусов антитоксинах.

Нами выявлены основные проблемы производства и использования антитоксинов в мире, изучены программы ВОЗ для их решения.

Секция 10.
ЮНЫЙ МЕДИК

ИССЛЕДОВАНИЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРВИ УЧАЩИХСЯ 10-11 КЛАССОВ ГБОУ СОШ №8 «ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЙ ЦЕНТР»

учащаяся 10 класса ***И.А. Негорожина***
ГБОУ СОШ №8
Научный руководитель учитель химии ***М.А. Гербик***

Ежегодно в осенне-зимний период активизируется циркуляция вирусов гриппа и других респираторных вирусов, которые быстро передаются от человека к человеку воздушно-капельным путем, вызывают массовую заболеваемость населения вплоть до ее эпидемического уровня.

Цели данной работы заключаются в изучении симптомов, признаков, методов профилактики ОРЗ и ОРВИ.

Перед нами были поставлены следующие задачи: выявить признаки ОРЗ и ОРВИ; выявить количество учащихся, заболевших ОРВИ и ОРЗ с 1.09.2013 г. по 25.10.2013 г.; на основе проведенных исследований выявить наиболее эффективные меры профилактики ОРЗ; провести анкетирование среди 10-11 классов; провести бактериологический анализ воздуха; обобщить результаты и сделать выводы.

В ГБОУ СОШ №8 «Образовательный Центр» обучается 491 учащихся. Из них 220 человек обучаются в 10-11 классах. Число заболевших учащихся в период с 1.09.2013 г. по 19.11.2013 г. составило среди 10-11 классов 59 человек. Из них мальчиков — 15, девочек — 44. Повторно заболели 10 девочек и 1 мальчик.

С 15 января 2013 года по 25 ноября 2013 года в школе проходила вакцинация против вируса гриппа. Из 491 учащегося дали согласие на прививку родители 421 учащегося, отказались 70 родителей.

С декабря 2013 года по март 2014 года среди учащихся 10-11 классов число заболевших составило 47 человек (получили противогриппозную прививку 37 человек). Из них девочек — 41 (33 получивших вакцину), а мальчиков — 6 (4 получивших вакцину).

Среди учащихся 10-11 классов было проведено анкетирование.

В результате исследования учащихся 10-11 классов также было выявлено, что девочки болеют ОРЗ и ОРВИ чаще, чем мальчики, и неоднократно.

СОДЕРЖАНИЕ

Секция 1. ИСТОРИЯ МЕДИЦИНЫ И НАУКИ 3
Зачем врачу знать английский язык? В.П. Гайлис, Э.К. Назаров 3
Образ врача в философии. Е.В. Гвоздева 4
Работа медиков на Олимпийских играх в Сочи. И.В. Головач. 5
Почему современное общество называется информационным. М. Д. Зубарева 6
Работа детского центра здоровья в г. Костроме по программе «Здоровая Россия». Н.М. Копачевская 6
Медицина и культура: диалектика взаимодействия. Е.А. Лакеева 8
Основные периоды творческой деятельности Клавдия Галлена.А.В. Лукъянова 9
Этические проблемы отечественного здравоохранения: взгляд молодого врача (по произведениям В.В. Вересаева, и М.А. Булгакова). И.Н. Майданюк 10
История развития дентальной имплантологии. Е.Г. Митюгова 11
История становления медицинского колледжа в г. Бузулуке. В.В. Носова 12
Связь английского и латинского языков в медицинской терминологии. Ю.П. Полякова, А.А. Татаренкова 14
Философия бунта Альберта Камю. А.Ю. Токарев 15
Концепция развития научного знания К. Поппера. К.В. Ченцова 16
Пациент как субъект медицинских правоотношений. Н.К. Елина 17
Теория познания. В.В. Жданова 18
Компьютерные глаголы в языке молодежи. И.Б. Ирлицына 19
Охрана здоровья детей в 1941–1950 гг. Региональные аспекты. О.А. Рокутова 20

Секция 2. ФУНДАМЕНТАЛЬНЫЕ МЕДИКО-БИОЛОГИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ 22
Поведенческие эффекты вазопрессина и окситоцина в модельных экспериментах на крысах. М.А. Азова 22
Роль оксида азота в регуляции кровообращения. И.В. Алексеев 23
Особенности модулирующего влияния нейропептида Y на поведение белых крыс. И.А. Грибанов, С.А. Шляпников 23
Значение норадреналин- и глутаматергических структур фастигиального ядра мозжечка в регуляции дыхания. В.С. Гончарова, Л.Е. Малеева 24
Успехи программ по ликвидации малярии. А.Р. Джураев 25
Изучение биогенных комплексов токсичных металлов физико-химическими методами. В.А. Ильин, М.Н. Глазкова, А.В. Сафонов 26
Генетически модифицированные организмы. Аргументы за и против. Д.Д. Когер 27
Использование биосенсора для оценки токсического эффекта металлов и радионуклидов на клетках бактерий. Д.Д. Когер, А.Ю. Александровская, А.В. Сафонов 27

Математико-статический анализ изменений репродуктивной системы крыс на фоне нагрузки биомассы спирулины. Е.В. Колесников ---------- 28
Изменение основных показателей дыхания при табакокурении. Н.В. Краснов, А.С. Ануфриев ---------- 29
Болезнь, вызванная вирусом Эбола, - глобальная угроза современному человечеству. Д.Д. Мирзоев ---------- 30
Характеристика абсорбционных спектров ротовой жидкости пациентов с пародонтитом при различной групповой принадлежности крови. С.А. Митичкин, В.В. Коляго, Р.И. Батыров, Г.К. Резаков ---------- 31
Зависимость функционального состояния сердечно-сосудистой системы и ее адаптационного потенциала от психоэмоциональных особенностей на примере студентов младших курсов медицинского института «Реавиз». С.С. Орипов, М.Х. Абдурахманов ---------- 32
Применение характеристических профилей низкомолекулярных метаболитов в биологических жидкостях для диагностики заболевания. Е.С. Тюкленкова ---------- 33
Стресс и кардиоваскулярная патология. Т.А. Хохлова, И.А. Писарева 34
Психофизиологическая характеристика студентов 1 курса стоматологического факультета. Е.Ю. Пахомова ---------- 35

Секция 3. АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ СТОМАТОЛОГИИ ---------- 36
Способы восстановления коронки зуба. Имитирование клинической ситуации на фантоме. А. Березина, Д. Ермолаев ---------- 36
Дефекты зубных рядов, наиболее часто замещаемые с помощью дентальных имплантатов. Н.О. Валюхов, В.А. Белоусова ---------- 37
Роль гигиениста стоматологического в профилактике стоматологических заболеваний. И.В. Воронкова ---------- 37
Патологические изменения в зубочелюстной системе при раннем удалении зубов. Н.М. Копачевская ---------- 39
Объективная оценка эффективности анестезии внутрикостной ветви подбородочного нерва. М.А. Кочергин ---------- 39
Мультикистозная дисплазия почки и ее влияние на развитие нарушений ЧЛО. (клинический случай). О.В. Курбанова ---------- 40
Взаимосвязь аномалий зубочелюстной системы и вредных привычек среди детского населения (на примере г. Костромы). Е.Г. Митюгова ---------- 41
Особенности иннервации подбородочного отдела нижней челюсти. Г.Т. Нагин ---------- 42
Распространенность кариеса и его осложненных форм у пациентов ОАО «Дантист» за 2011 год. П.А.Юматов, А.В.Чернышев ---------- 43

Секция 4. АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ МОРФОЛОГИИ И ПАТОЛОГИИ 45
Сосудистые изменения в кавернозных телах полового члена при васкулогенной эректильной дисфункции. Э.Д. Олещенко, Я.Д. Исаев, А.П. Филиппов, В.В. Трускалов, Р.А. Жаворонков 45
Состояние эпителия ротовой полости щек у лиц молодого возраста, курящих в течение двух лет. В.А. Савельев 46
Счастливая пуля фельдмаршала М.И. Кутузова. И.А. Тямусева 47

Секция 5. АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ КЛИНИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ 48
NO-ТЕРАПИЯ – метод немедикаментозного лечения гнойно-воспалительных заболеваний. И.В. Алексеев 48
Иппотерапия как метод реабилитации детей с ДЦП. М. Бекетов 49
Лихорадка-Эбола. Современное состояние проблемы диагностики и лечения. М. Блашенцев 51
Изучение показателей агрегационной активности тромбоцитов в зависимости от объема кровопотери. А.В. Боровикова, Р.К. Исаев 53
Биоимпедансометрия. Значение в спортивной медицине и в медицинской практике. Н.А. Калабкин, Ю.В. Никольская 58
Радиофармацевтические препараты для диагностики метастатического рака предстательной железы на основе ингибиторов простатспецифического мембранного антигена. А.В. Колесников, М.Н. Глазкова 59
Эффективность аудиологического скрининга новорожденных. О.Б. Неганова, И.А. Козлова, Е.Н. Чернова, Т.В. Зубарева, О.В. Абрамова, А.Н. Лысова 60
Гериатрический пациент. Л.А. Павлова, Е.В. Ермолаева 61
Контактные линзы. Г.А. Скороходова 63
Шумы брюшной полости, диагностическое значение. Д.К. Уразакова, Ю.А. Чибрикова, Н.В. Сушкова 64
Особенности течения атопических дерматитов у детей г.о. Самара. О.В. Устьянцева, Т.А. Косынкина 67
Анализ правильности использования кодов МКБ. А.В. Федяева 68
Особенности психопатологической картины приступов параноидной шизофрении, протекающих с депрессивным аффектом. С.А. Шляпников 69

Секция 6. НОВЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ВНУТРЕННИХ БОЛЕЗНЕЙ 70
Физические методы лечения ОРВИ в комплексе с медикаментозной терапией. А.О. Абдуразакова, Н.В. Сушкова 70
Прямая ДНК-диагностика генетических маркеров синдрома Жильбера. О.В. Желтякова 72

Опыт использования ДЭНС-ТЕРАПИИ при дегеративно-дистрофических заболеваниях позвоночника. Е.И. Коваленко ---- 73
Скрининговая диагностика у студентов ВУЗ города Самары, позволяющая быстро выявить указанную патологию и ее причины. О.Ю. Краснова ---- 76
«Городские» синдромы в клинике внутренних болезней. Д.О. Лункевич, Т.М. Богданова ---- 70
Использование гирудотерапии в комплексном лечении стенокардии. Л.А. Остроухова ---- 83
Использование гирудотерапии в комплексном лечении заболеваний органов дыхания (бронхитов, пневмоний). Л.А. Остроухова ---- 84
Лицо человека в психологическом контексте. Ю.А. Стребкова ---- 86
Остеопороз. Причины возникновения. Н.А.Червяков, К.П.Робатень ---- 88
Современное лечение заболеваний органов дыхания. Е.О. Шарновская ---- 88
Применение гомотоксикологических препаратов в лечении ОРВИ. Е.О. Шарновская ---- 90

Секция 7. АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ХИРУРГИИ ---- 92
Современные проблемы военно-полевой хирургии. Е.К. Буланова ---- 92
Комплексный региональный болевой синдром после огнестрельных ранений верхних конечностей. Е.В. Колесников ---- 92
Лазерный эндоскопический гомеостаз: новые экспериментальные данные. А.В. Солдатенко ---- 93
Посттрансплационный туберкулез как новая нозологическая форма. А.А. Старостина ---- 94
Варианты хирургического лечения острого холецистита. И.О. Федосенков ---- 96
Клиническая значимость методов диагностики острого аппендицита. А.А. Шевченко ---- 97

Секция 8. АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ФАРМАКОЛОГИИ И ФАРМАЦИИ 98
Исследование токсичности эритромицина на DAPHNIA MAGNA. Е.В. Барабанщикова ---- 98
Синтез золей серебра и изучение их свойств. И.А. Давыдов, И.А. Караганов 98
Связь структуры с биологической активностью некоторых бензимидазолов. А.В. Дудников ---- 99
Газохроматографические спектры летучих компонентов надземной части травы зверобоя продырявленного. Н.В. Ермакова ---- 100
Влияние химии на рождаемость. Е.С. Загребнева ---- 101
Получение магнитных жидкостей и изучение их свойств. И.Зубов, М. Чернова, Л. Шапошникова ---- 102

Исследование гравилата речного различными физико-химическими методами. Н.В. Карпова, Ю.В. Машкевич 103
Изучение in vitro биоэквивалентности таблеток периндоприла и индапамида. М.В. Сомова 103
Анализ некоторых биологически активных бензимидазолов методом ВЭЖХ с амперометрическим детектированием. И. Старкова 104

Секция 9. ПРБЛЕМЫ ПЕДАГОГИКИ И ПСИХОЛОГИИ ВЫСШЕЙ ШКОЛЫ 106
Организация сестринского процесса в практическом здравоохранении. В.В. Афандиева 106
Динамика психофизиологического состояния студентов – первокурсников - в процессе адаптации. М. Бекетов 107
Психологическая помощь женщинам с диагнозом «Рак молочной железы». О.А. Гулина 108
Анализ иерархии жизненых интересов студентов вузов. О.О. Доронина, С.И. Чугреева 110
Роль медсестры в реабилитации женщин с раком молочной железы в послеоперационном периоде. М.А. Егорова 111
Флоренс Найтингейл - леди с лампой. А. Иванова 111
Биоэтика и философия сестринского дела. С.А. Кирюшкина 113
Опыт формирования духовно-нравственного воспитания обучающихся в ГАОУ СПО СО «Саратовский областной базовый медицинский колледж». Н.В. Клочковская, Л.В. Плотникова Л.В 114
Анализ мотивационных установок среднего медицинского персонала. А.Ю. Костикова 115
Адаптация молодых специалистов сестринского дела. Ю.А. Лушина 115
О проблемах воспитания толерантности у студентов - медиков. Е.К. Назарова 116
Философия сестринского дела как основа для формирования этико - деонтологических принципов в обучении средних медработников. Т.Н. Пахомова 117
Исследование характеристик питания студентов ВУЗов. В.А. Сергеев 118
Новые технологии обучения медицинского персонала, их эффективность. Н.А. Сергеева 119
Организация сестринского процесса в практическом здравоохранении. О.В. Сорокина 120
Опыт введения преподавания медицинских дисциплин в духовных академиях и семинарах. П.П. Тарнаев 121
«Роль психологии в деятельности медицинской сестры». В.А. Цуканова 122

Диагностика и предупреждение синдрома профессионального выгорания сестринского персонала. Л.Ю. Шейко ---------- 123
Проблемы и перспективы применения антитоксинов против змеиного яда. К.Д. Сафаров ---------- 125

Секция 10. ЮНЫЙ МЕДИК ---------- 127
Исследование заболеваний ОРВИ учащихся 10-11 классов ГБОУ СОШ №8 «Образовательный Центр». И.А. Негорожина ---------- 127

Научное издание

Под общей редакцией
Николая Александровича Лысова

СБОРНИК НАУЧНЫХ РАБОТ V МЕЖВУЗОВСКОЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЙ КОНФЕРЕНЦИИ СТУДЕНТОВ И МОЛОДЫХ УЧЕНЫХ С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ

Редактор Е.О. Шарновская
Верстка: А.А. Майоров,
Корректор Т.И. Иванова

Формат 60x84 1/16.
Бумага ксероксная. Печать оперативная.
Печ. л. 33. Тираж 1000 экз.
Частное учреждение образовательная организация высшего образования
Медицинский университет «Реавиз»

Отпечатано в типографии ООО «Азимут»
443013, г. Самара, Московское шоссе, литер «Д»,
корпус 87, 88, офис 297,
тел.: (846) 993-63-62, 993-63-70

ДЛЯ ЗАМЕТОК