

МИНЗДРАВ РОССИИ
государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего профессионального образования
«ДАЛЬНЕВОСТОЧНЫЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
Министерства здравоохранения РФ
(ГБОУ ВПО ДВГМУ Минздрава России)

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ СОВРЕМЕННОЙ МЕДИЦИНЫ

*Материалы 71-й итоговой научной конференции
молодых ученых и студентов Дальневосточного государственного
медицинского университета с международным участием*

(Дальневосточный государственный медицинский университет,
г. Хабаровск, 14-17 апреля 2014 года)

Хабаровск
Издательство ДВГМУ
2014

УДК 61:378.661(571.620)(063)
ББК 54я431
А437

А437 Актуальные вопросы современной медицины: материалы 71-й итоговой научной конференции молодых ученых и студентов (ДВГМУ, апрель 2014) / под ред. Е.Н. Сазоновой. – Хабаровск: Изд-во ДВГМУ, 2014. – 344 с.

ISBN 978-5-85797-2522-6

В сборник включены работы участников 71-й итоговой научной конференции молодых ученых и студентов с международным участием, проведенной в ДВГМУ в апреле 2014 года. Сборник адресован преподавателям и студентам медицинских и биологических вузов, научным работникам, врачам всех специальностей.

УДК 61:378.661(571.620)(063)
ББК 54я431

ISBN 978-5-85797-2522-6

© Дальневосточный государственный
медицинский университет, 2014

СОДЕРЖАНИЕ

Секция естественных наук	4
Секция морфологии и экспериментальной медицины.....	19
Секция акушерства.....	47
Секция внутренних болезней	66
Секция хирургии	110
Секция педиатрии.....	149
Секция стоматологии	181
Секция фармации	218
Секция инфекционных болезней, микробиологии, паразитологии и иммунологии.....	237
Секция неврологии, психиатрии и клинической психологии	266
Секция офтальмологии и отоларингологии	283
Секция общественных наук	297



Секция естественных наук

ПРЕПАРАТЫ ПРОШЛОГО: АСПИРИН

Ю.Г. Вандан, Ю.А. Зырянова

Научные руководители: И.В. Толстенюк, Л.А. Барина

ДВГМУ, г. Хабаровск

Данная экспериментальная работа посвящена определению некоторых химических и физических свойств аспирина. В современной фармации существует большой выбор жаропонижающих средств, отличающихся ценой и производителем. Согласно данным социального опроса, аспирин является наиболее популярным жаропонижающим средством. Аспирин (ацетилсалициловая кислота) – уксусный эфир салициловой кислоты, относится к органическим соединениям класса сложных эфиров. Полное химическое название по международной номенклатуре – 2-ацетоксибензойная кислота ($C_9H_8O_4$).

Целью данной работы является изучение физических и химических свойств аспирина, подбор зарубежного аналога.

Экспериментальная часть работы состоит из четырех основных опытов:

1. Определение растворимости аспирина в воде
2. Определение кислотности среды аспирина
3. Определение фенолпроизводных аспирина
4. Изучение противомикробных свойств аспирина

Для ее проведения мы взяли аспирин производства России и Германии.

Результаты данных экспериментов позволили нам сделать следующие выводы: аспирин российского производства плохо растворим в воде, имеет более выраженную кислотность. При проведении качественной реакции ацетилсалициловой кислоты (российского производства) с хлоридом железа (III) мы заметили мгновенный фиолетовый окрас, доказывающий наличие фенолпроизводных в данном препарате.

Необходимо помнить о том, что все лекарства могут действовать только в определенных условиях, указанных в прилагаемой инструкции. При несоблюдении правил и сроков хранения ацетилсалициловая кислота разлагается с образованием продуктов гидролиза – салициловой и уксусной кислот. Прежде чем пользоваться препаратом, нужно внимательно изучить инструкцию, так как неумелое хранение или употребление препарата может пагубно отразиться на здоровье человека.

ИССЛЕДОВАНИЕ СОДЕРЖАНИЯ БИОДОСТУПНОГО ЙОДА В ПРОДУКТАХ ПИТАНИЯ КАК ВЕДУЩЕЙ ПРИЧИНЫ ЙОДОДЕФИЦИТА НА ДАЛЬНЕМ ВОСТОКЕ

П.А. Ильченко

Научный руководитель: Л.А. Барина

ДВГМУ, г. Хабаровск

По данным ведущих специалистов в области иододефицитных состояний, эти заболевания представляют серьезную опасность для здоровья 100 млн взрослого населения и 32,8 млн детей России [Дедов и др., 2004]. В недавней публикации регионального координатора Международного совета по контролю за йододефицитными заболеваниями (*МСКЙДЗ/ICCIDD*) по Восточной Европе и Центральной Азии, консультанта ЮНИСЕФ Г.А. Герасимова представлены сведения о йодном статусе лишь трех из десяти субъектов Дальневосточного федерального округа (Республики Саха (Якутия), Приморского края и Сахалинской области). По приводимым данным на 1992–2001 годы, пораженность характеризуется от легкой до тяжелой, йодурия – 25-95 мкг/л, встречаемость зоба по данным ультразвуковых исследований щитовидной железы – 10-50 %; йодный дефицит более выражен в восточных регионах и сельской местности. В последние годы отмечается тенденция к смягчению дефицита йода на фоне профилактических программ.

Без мониторинга региональной распространенности и причин недостатка йода видится невозможным проведение масштабных мероприятий по защите здоровья населения от ряда заболеваний и отклонений. По результатам мониторинга и исследований потребления населением микроэлементов можно создать статистическую базу, служащую основой для разработки и осуществления вышеназванных мероприятий.

Из вышеназванного формируется цель исследования – определение содержания йода в некоторых продуктах питания.

Задачи исследования:

1. Изучить наличие продуктов питания, обогащённых йодом в торговой сети г. Хабаровска.

2. Определить содержание йода в некоторых продуктах питания торговой сети г. Хабаровска.

В данном исследовании количество йода определялось методом йодометрического титрования. Визуальная оценка присутствия йода проводилась по интенсивности синей окраски после добавления капель раствора крахмала.

Результаты исследования показали, что больше всего йода содержалось в пшеничном хлебе (до 41,5 мкг/кг) и специально йодированной соли (до 30 мкг/кг), из рыбы высокое содержание было отмечено в сельди (интенсивная окраска раствора крахмала). Меньшие результаты показали продукты ржаного хлеба (до 25 мкг/кг) и камбалы (меньшая интенсивность окраски по сравнению с сельдью).

В итоге, к основным направлениям программы ликвидации йодного дефицита можно отнести йодирование соли и хлеба, а также употребление в пищу морепродуктов. Это позволит, при регулярном употреблении, достичь адекватной нормы потребления йода на уровне 3 мкг/кг веса и эффективной профилактики йододефицита и его последствий.

РЕЗУЛЬТАТЫ ОБСЛЕДОВАНИЯ СОБАК – ИСТОЧНИКОВ ЗАРАЖЕНИЯ ЧЕЛОВЕКА ТОКСОКАРОЗОМ

Р.С. Жазыбаев

Научный руководитель: канд. биол. наук, доцент Г.М. Трускова
ДВГМУ, г. Хабаровск

Проблема гельминтозов собак, и в частности токсокароза, приобретает серьезное значение, так как возникает опасность заражения человека. В настоящее время численность бездомных собак в России велика и учету не поддается. Гельминтами заражена значительная часть животных.

О контаминации внешней среды яйцами гельминтов можно судить, исследуя фекалии собак, находящихся на территории городов.

Токсокароз – зоонозная инвазия, вызываемая миграцией в организме человека личинок гельминтов собак – *Toxocara canis*.

Клинические симптомы токсокароза человека достаточно разнообразны: рецидивирующая лихорадка, увеличение размеров печени, лимфаденопатия, эозинофилия, гипергаммаглобулинемия, боли в животе, тошнота, рвота, диарея, конъюнктивит, катаракта, вторичная глаукома и другие.

В некоторых случаях у больных заболевание сопровождается разнообразного типа рецидивирующими высыпаниями на коже.

Также возможны и летальные исходы, связанные с миграцией личинок в миокард, центральную нервную систему, легкие (с развитием тяжелых форм пневмонии).

Такой широкий симптоматический диапазон свидетельствует о том, что с токсокарозом могут встретиться врачи разных специальностей: от терапевта до окулиста.

В связи с тем, что яйца токсокары с испражнениями собак попадают в почву, выделяют следующие группы риска: ветеринары, собаководы, дачники, работники сельского хозяйства, дети, играющие в песочницах (около 80 % песочниц в России заражены яйцами токсокары)

В марте 2014 г. нами были продолжены мониторинговые исследования, начатые в 2011 году. В текущем году при исследовании фекалий 56 собак, собранных нами на Амурском и Уссурийском бульварах в г. Хабаровске, яйца токсокар были обнаружены в 3 пробах (5,17 %). При микроскопии в этих пробах были обнаружены жизнеспособные яйца на стадиях двух и четырех бластомеров. Исследование фекалий 26 собак, обитающих в квартирах, не дало положительных результатов. Это связано, возможно, с тем, что владельцы собак следят за своими питомцами и вовремя их дегельминтизируют.

Диагностика токсокароза вызывает определенные трудности, по той причине, что человек является для гельминта биологическим тупиком, и обнаружение яиц токсокар в кале становится невозможным. В таком случае используется иммунологический метод диагностики с использованием специфичных антител.

Симптомы токсокароза – свидетельство того, что этот гельминтоз является опасной инвазией, требующей к себе максимального внимания. Для того чтобы обезопасить себя от заражения токсокарозом, следует соблюдать элементарные правила гигиены: мыть руки после контакта с почвой или с животными, тщательно обрабатывать овощи и фрукты.

ХИРАЛЬНОСТЬ МОЛЕКУЛ

А.Е. Курило, А.С. Стукалова

Научный руководитель: канд. физ.-мат. наук, доц. А.С. Стукалова
ДВГМУ, г. Хабаровск

Хиральностью называют свойство молекулы не совмещаться в пространстве со своим зеркальным отражением. Открытие хиральности вещества и построение теоретических моделей было сделано учеными еще в XIX в. Однако и сегодня проблема хиральных молекул занимает важное место в стереохимии и современной молекулярной биологии.

Две хиральные молекулы, относящиеся друг к другу как предмет и его зеркальное изображение, в общем случае не тождественны. Данные молекулы (вещества) являются изомерами, получившими название энантиомеров или оптических изомеров. Их соединения и растворы обладают различной способностью вращать плоскость поляризации света. Один энан-

тиомер вращает плоскость поляризации света в одном направлении на определенную величину. Другой энантиомер будет вращать плоскость поляризации на точно такую же величину, но в противоположном направлении. По этой причине хиральные вещества также называют оптически активными и делят на левовращающие и правовращающие (L- и D-форма соответственно).

Экспериментальные исследования ученых показали, что L- и D-энантиомеры дают возможность поляризованному свету (т. е. свету с единственно возможной плоскостью колебаний светового вектора) распространяться в гомохиральных веществах с различными фазовыми скоростями, за счёт чего и возникает вращение плоскости поляризации света.

В зависимости от элемента молекулы, наличие которого приводит к возникновению асимметрии, различают центральную, аксиальную, планарную, спиральную и топологическую хиральность.

Центральная хиральность возникает в результате наличия в молекуле центра хиральности, которым, как правило, является асимметрический атом (C, Si, P, S, N), имеющий четыре различных заместителя. Аксиальная хиральность возникает в результате расположения заместителей относительно некоторой оси. Если расположение элементов молекулы зеркально симметрично относительно плоскости, то говорят о планарной хиральности, а если относительно спирали (винта) – о спиральной. Топологическая хиральность связана с наличием структурной пространственной несимметричности, характерной для супрамолекул и молекулярных узлов.

Различие в строении энантиомеров обуславливает разные химические и физические свойства данных молекул. Множество хиральных лекарств сделаны с высокой энантиомерической чистотой в связи с побочными эффектами другого энантиомера.

Большинство органических молекул гомохирально, включая аминокислоты природного происхождения и сахара. Аминокислоты в белках принадлежат L-форме, а сахара в ДНК, РНК и метаболических путях – D-форме.

В классическом эксперименте Миллера по искусственному созданию аминокислот в пробирке из отдельных атомов и молекул под действием электрических разрядов подтвердилась теория эволюционистов о происхождении живого из неживой формы материи. Однако аминокислотам не доставало хиральности: было получено равное количество как левых, так и правых энантиомеров. Подобная смесь называется рацематом или рацемической смесью.

Происхождение гомохиральности в процессе эволюции – предмет множества споров. Большинство учёных считает, что выбор хиральности в жизни на Земле был чисто случайным, что, возможно, иная форма жизни существует где-то во Вселенной, и в ней будет противоположная форма хиральности. Вероятность случайного образования одного гомохирального

полимера из N мономеров равна 2^{-N} . При элементарном подсчете видно, что вероятность образования функционального биополимера чрезвычайно низка.

Представляют определенный научный интерес две другие версии происхождения гомохиральности молекул – физическая и химическая.

Первая рассматривает причину гомохиральности в рамках бета-распада ядер атомов, который является естественным процессом и управляется одной из четырех фундаментальных сил в природе – силой слабого ядерного взаимодействия. Эта сила сама обладает небольшой асимметрией, называемой несохранение четности, и, возможно, связана с асимметрией живого. Вторая версия опирается на универсальные законы органической химии, в частности на то, что синтез хиральных соединений из ахиральных реактивов, в согласии с термодинамикой, всегда приводит к рацемической модификации. Чтобы разрешить рацемат (то есть отделить два энантиомера), должно быть введено другое гомохиральное вещество, химически связывающее один из изомеров.

Таким образом, проблема хиральности молекул еще далека от завершения и требует комплексного подхода со стороны физики, химии, биологии.

ИСТОРИЯ НАВОДНЕНИЙ НА РЕКЕ АМУР

Т.В. Нарышкина

Научный руководитель: канд. мед. наук, доцент В.М. Острооголовый
ДВГМУ, г. Хабаровск

Актуальность. Из СМИ за последние десятилетия все чаще мы узнаем о наводнениях на земном шаре. Их число с каждым годом катастрофически увеличивается. Растет ущерб населенным пунктам, сельскохозяйственным угодьям и даже уносятся жизни людей. Все это делает данную ситуацию социально значимой.

Материалы и методы исследования. Проведен ретроспективный анализ исторической литературы.

Результаты. Наводнения формируются в основном во время прохождения паводков в период выпадения летних ливневых дождей (до 70 %). Для нужд сельского хозяйства в крае широко используются пойменные угодья в долинах рек, в частности пойма Амура, ширина которой достигает несколько десятков километров.

При наводнениях подтапливается около 110 населенных пунктов с населением численностью 78 тыс. человек (5 % от общего населения края). Хотя основная часть строений находится вне зоны подтопления, однако почти повсюду имеются низко расположенные здания, которые при сильных наводнениях затапливаются.

Общая площадь затапливаемых земель по Хабаровскому краю составляет 123 тыс. га. В среднем годовой ущерб в регионе оценивается более чем в 1,5 млрд руб.

Высокий уровень воды в реке формируется благодаря рельефу: глубокие котловины окружены крутыми склонами и горами. Однако и спад воды всегда происходил очень быстро.

Первое большое наводнение на Амуре зафиксировано в 1861 году. Уровень воды у Благовещенска поднялся на 10 м. Было выделено провианта на целый год, а также по 15 рублей каждой семье.

В 1872 году наводнение называли потопом. По улицам Благовещенска плавали пароходы. Уровень воды у Хабаровска составил 722 см.

В 1897 году наводнением была выведена из строя только что запущенная Забайкальская железная дорога. Уровень реки у Хабаровска достиг 642 см. Станица Михайло-Семеновская (село Ленинское) целиком ушла под воду.

В 1928 году было 4 наводнения. Глубина в некоторых местах достигала 4 метров. Ущерб оценили в 10 млн рублей.

В 1958 году в Амурской области затопило 129 населенных пунктов. 48 населенных пунктов ушли под воду. Убытки составили больше 0,5 млрд руб. Пострадавшие получили от государства от 150 до 600 рублей.

1979 год. Все низкие места в Хабаровске были затоплены.

1984 год. Затоплен Благовещенск, 6 сел в Амурской области ушли под воду. В Еврейской автономной области водомерный пост, установленный в селе Ленинское, показал уровень отметки 935 см. Ущерб по Еврейской автономной области – 5,7 млн рублей. В Хабаровске уровень Амура достиг отметки 620 см.

За последние 100 лет поредели леса вдоль русла, построены города и поселки, на крупнейшем притоке сооружена Зейская ГЭС. Сравним медианы за первые и последние 53 года, равные соответственно 440 и 430 см. Разница между ними равна всего 10 см, что значительно меньше доверительного интервала 21 см. Деятельность человека, изменение климата заметно не повлияли на наводнения на р. Амуре. Плотина Зейской ГЭС не уменьшает масштабы наводнений, но увеличивает зимний сток Амура, из-за необходимости дополнительного сброса воды для выработки электроэнергии.

Наводнение в 2013 году – самое масштабное. С конца июля юг Дальнего Востока России и северо-восток Китая подвержены катастрофическим наводнениям, вызванными затяжными осадками. На пике паводка, 3 и 4 сентября, расход воды в Амуре достигал 46 тысяч м³/с, при норме в 18-20 тысяч м³/с. Общий ущерб может превысить 30 млрд руб.

ВЫВОДЫ. Вероятней всего причинами наводнения послужили сумма нескольких факторов, таких как прохождение паводков в период выпадения летних ливневых дождей. Из-за насыщения почвы влагой, обеднения

лесов деревьями вследствие вырубки и пожаров снижается способность почвы впитывать воду. Для нужд сельского хозяйства в крае широко используются пойменные угодья в долинах рек, но так как шли ливневые дожди, то вода для поливания злаковых, овощей не использовалась. Большая часть сточной канализации города впадает в устье реки Амур, что явилось следствием подтопляемости центральных районов города по закону сообщающихся сосудов. Все изложенное позволяет сделать вывод о возможности возникновения наводнений такого масштаба в бассейне Амура.

ПРИМЕНЕНИЕ КОРРЕЛЯЦИОННОГО АНАЛИЗА В ОЦЕНКЕ СРЕДНЕЙ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТИ ЖИЗНИ НАСЕЛЕНИЯ

В.А. Осмолкина, С.Г. Якимович

Научный руководитель: С.Г. Якимович

ДВГМУ, г. Хабаровск

Когда говорят о какой-либо стране или периоде правления, то неизменно упоминают о средней продолжительности жизни (СрПрЖ). Рост этого показателя характеризует улучшение жизни народа; спад – наоборот, говорят об ухудшении. Что же влияет на СрПрЖ? Факторов великое множество: возраст, социальное положение, материальное обеспечение и многое другое.

В нашей работе делается попытка проанализировать влияние некоторых из факторов, которые, как нам представляется, влияют на СрПрЖ населения 10 европейских стран, (в том числе и Российской Федерации) в 2002 году не вдаваясь в геополитическую ситуацию.

Условно факторы обозначены как:

- климатический (зависимость СрПрЖ от средней температуры в стране)
- образовательный (зависимость СрПрЖ от количества людей с высшим образованием)
- экономический (зависимость СрПрЖ от ВВП на душу населения)

Материалом для проведения анализа послужили Интернет-ресурсы: [\[http://www.demoscope.ru/weekly/2009/0375/analit02.php;](http://www.demoscope.ru/weekly/2009/0375/analit02.php)
[http://ru.wikipedia.org/;](http://ru.wikipedia.org/) [http://iformatsiya.ru/europe/index.html\]](http://iformatsiya.ru/europe/index.html).

Анализ проводился с помощью инструмента «Корреляция» в программе «Пакет анализа» табличного редактора Excel, операционной системы **Mac OS** (Macintosh Operating System) 2011 года.

Статистические данные по странам и проведённый корреляционный анализ выявил такую картину: климатический и образовательный фактор практически не коррелируют с СрПрЖ, а вот экономический оказывает явное влияние. Рассчитанный нами коэффициент корреляции равен 0,83, что говорит о сильной связи ВВП на душу населения и СрПрЖ в стране.

Вывод: наше маленькое исследование не может претендовать на полноту, поскольку не охватывает другие возможные факторы влияния на СрПрЖ, как-то: генетический, этнический, медицинский и многие другие. Мы хотели показать, не прибегая к громоздким математическим вычислениям, что можно выявить некоторые закономерности, например: для увеличения СрПрЖ в стране нужно развивать экономику, увеличивая ВВП.

ПОЛУЧЕНИЕ И ИЗУЧЕНИЕ СВОЙСТВ СКЕЛЕТНЫХ КРИСТАЛЛОВ ИОДИДА СВИНЦА В СТУДНЕ

А.А. Слесаренко, Т.В. Хекало

Научный руководитель: канд. хир. наук, доцент Т.В. Хекало

ДВГМУ, г. Хабаровск

Настоящая работа является продолжением студенческих лабораторно-практических занятий, выполненных студентами 2-го курса фармацевтического факультета в рамках элективного курса по физической и коллоидной химии «Физико-химические свойства растворов ВМС и их использование в фармации». Экспериментальная работа посвящена получению и изучению скелетных кристаллов иодида свинца в геле кремниевой кислоты. Студни и гели широко распространены в природе и в технике. Студнями являются многие пищевые продукты, а студни полимеров органических веществ – это их обычное состояние в живых организмах. Студни и физико-химические процессы в студнях (гелях) представляют большой интерес для биологии, медицины и фармации. Образование кристаллов – это типичный пример поверхностного явления, изучаемого в курсе физической и коллоидной химии. Кристаллы растут в пищевых и технических продуктах, например, кристаллы льда – в мороженом, кристаллы тартратов – в сыре, серы – в резине. Кристаллы растут также в тканях живых организмов: так, кристаллы тиомочевины появляются в соединительных тканях и костях организма человека. Следовательно, изучение условий роста и свойств кристаллов, выращенных в студнеобразной среде, является очень актуальной задачей.

По габитусу кристаллы классифицируются на ограненные, нитевидные, игольчатые, дендритные, скелетные, пластинчатые и т. д. Среди них наибольший интерес вызывают скелетные и дендритные кристаллы, так как они имеют огромное значение в различных областях науки и техники, например, в минералогии, металлургии, метеорологии, кристаллографии, промышленном выращивании кристаллов и т. д. Скелетные и дендритные формы кристаллов очень близки, но между ними есть множество различий. В данной работе были изучены условия получения и свойства скелетных кристаллов иодида свинца в студне кремниевой кислоты.

Эксперимент состоял из нескольких частей:

1. изучены условия получения скелетных кристаллов в студне, а именно, зависимость от следующих факторов:

- исходные концентрации реагентов;
- соотношения исходных концентраций реагентов;
- толщина слоя студня;
- условия получения кристаллов (на воздухе, т. е. под крышкой чашки Петри; под слоем масла; в изолированной атмосфере)

1. изучены габитус и размеры полученных скелетных кристаллов, с использованием микроскопа с окуляром-микрометром;

2. так как, как это известно из научной литературы, скелетные кристаллы имеют определенные свойства, то полученные нами кристаллы иодида свинца были протестированы на предмет существования равновесия: типичный ограниченный кристалл \leftrightarrow скелетный кристалл. Если такое равновесие имеется при определенных условиях, это является доказательством, что кристалл скелетный.

Итак, в представленной работе были изучены условия получения в гелевой среде, а также физико-химические свойства скелетных кристаллов иодида свинца. Система «кристаллы иодида свинца–студень» может быть рекомендована в качестве модельной системы для учебно-методических целей, а именно, для изучения в элективном курсе по физической и коллоидной химии для фармацевтической специальности медицинских вузов.

ИЗУЧЕНИЕ РИТМИЧЕСКОЙ РЕАКЦИИ (КОЛЕЦ ЛИЗЕГАНГА) ХЛОРОКОМПЛЕКСА ЖЕЛЕЗА В ГЕЛЕОБРАЗНОЙ СРЕДЕ

А.А. Слесаренко, Т.В. Хекало

Научный руководитель: канд. хир. наук, доцент Т.В. Хекало
ДВГМУ, г. Хабаровск

Данная экспериментальная работа посвящена получению и изучению основных закономерностей колебательных химических реакций (колец Лизеганга) в студнях на примере хлорокомплекса железа в желатиновой среде. Эта работа является продолжением темы «Периодические реакции», выполняемой студентами 2-го курса фармацевтического факультета на лабораторном практикуме элективного курса «Физико-химические свойства растворов ВМС и их использование в фармации».

Периодичность – фундаментальное свойство живой и неживой природы. Процессы, периодически изменяющиеся во времени или в пространстве, наблюдаются на всех уровнях материи, в том числе и на физико-химическом уровне. Известно множество колебательных химических реакций, особое место среди них занимают химические реакции в студнях и гелях (кольца Лизеганга). Студни и гели широко распространены в природе и в технике. Студнями являются ткани организма, волокна и кожа. По-

этому студни и гели, физические и химические процессы в них, представляют большой интерес для биологии, медицины и фармации. По многим свойствам студни и гели занимают промежуточное положение между жидкими и твердыми телами. Так же, как в жидкостях (растворах) в них идут процессы диффузии и химические реакции. Благодаря особой структуре студней и гелей, а именно существованию трехмерной сетки, в них отсутствуют конвенционные потоки, и это придает своеобразие химическим реакциям в студнеобразной среде. Если в реакции образуется нерастворимое соединение (осадок), то его выделение происходит неравномерно, периодически. В результате вместо обычного сплошного осадка получаются кольца, полосы или лепестки, с прозрачными промежутками между ними. Периодические реакции представляют не только теоретический интерес, но имеют также и практическое значение. Так, многие минералы и геологические отложения имеют полосатую структуру. Желчные, почечные камни в разрезе имеют структуру из концентрических колец и т. д. Целью данной работы является изучение условий получения и расчет основных характеристик периодических реакций на примере хлорокомплекса железа в студне желатины.

Экспериментальная часть работы состояла из двух разделов; каждый раздел, в свою очередь, состоял из экспериментального изучения воздействия нескольких факторов.

I раздел: изучение условий осуществления периодической реакции:

1. влияние соотношения концентраций реагентов;
2. влияние абсолютных концентраций реагентов;
3. влияние способа проведения реакции (1Д или 2Д).

II раздел: расчет основных параметров, характерных для колец Лизеганга:

1. расчет коэффициента разбега колец;
2. измерение размера монокристаллов в промежутках между полосами, с использованием микроскопа с окуляр-микрометром;
3. проверка зависимости пропорциональности корня из времени расстояния полос осадка от первоначального соприкосновения студня с раствором.

Анализ данных эксперимента позволяет сделать следующий вывод: ритмический осадок хлорокомплекса железа в студне желатины проявляет основные свойства, характерные для типичных периодических реакций (колец Лизеганга). Данная работа может быть рекомендована в качестве модели колец Лизеганга для изучения студентами фармацевтической специальности в курсе электива по физической и коллоидной химии.

ИНГИБИТОРЫ КСАНТИНОКСИДАЗЫ НА ОСНОВЕ ПЯТИЧЛЕННЫХ ГЕТЕРОЦИКЛОВ

А.С. Тетерич

Научный руководитель: канд. мед. наук, доц. Н.Н. Ковганко
Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск

Актуальность. С каждым годом заболеваемость подагрой в Беларуси увеличивается, если в 2008 году у нас было 92,6 случая подагры на 100 тысяч населения, то в 2010 стало уже 121,5 случая (всего 9 583 больных), также заболеваемость подагрой велика в США и Европе, где она составляет 2 %.

Одним из новых препаратов в фармакотерапии подагры является фебуксостат (также ингибитор синтеза мочевой кислоты, но в отличие от аллопуринола, он неконкурентный ингибитор фермента ксантиноксидазы). Исследовав ингибирующую способность новых производных фебуксостата можно достигнуть усовершенствования терапии подагры.

Цель исследования: изучить влияние соединений, содержащих 2-изоксазолиновый гетероцикл и являющихся структурными аналогами фебуксостата, на работу фермента ксантиноксидаза.

Материалы и методы исследования: объектом исследования является способность соединений, содержащих 2-изоксазолиновый гетероцикл и являющихся структурными аналогами фебуксостата ингибировать работу фермента ксантиноксидаза.

Изучение способности полученных соединений ингибировать работу фермента ксантиноксидаза проводили при 37 °С в условиях открытого воздуха при рН 7,4 (фосфатный буфер).

Для того чтобы оценить ингибирующие свойства синтезированных соединений, использовали методику, основанную на спектрофотометрическом определении количества образовавшейся мочевой кислоты в УФ-области при 293 нм. К буферному раствору добавляли ксантин (20 мкМ), синтезированное вещество (20 мкМ) и фермент ксантиноксидазу. В качестве контроля использовали раствор ксантина и исследуемого вещества (для нивелирования поглощения при длине волны 293 нм). Стандартный образец представлял собой раствор в буфере ксантина (20 мкМ) и фермента. По разности оптических плотностей стандартного и опытного образцов определяли % ингибирования действия фермента в присутствии синтезированного соединения с концентрацией 20 мкМ.

Полученные результаты: в ходе исследования было протестировано 10 соединений, часть из них были производными амилового спирта, а другая часть – октилового. Для каждого из них был получен определенный процент ингибирования ксантиноксидазы (для производных амилового спирта – 40,5 %; 28,3; 5,2; 15,2; для производных октилового спирта – 8,7; 21,4; 0 %; 21,4). Наиболее активным соединением оказался

(S)-2-метилбутиловый эфир 3-(4-бензилоксифенил)-2-изоксазолин-5-карбоновой кислоты, который в условиях эксперимента ингибировал фермент на 40 %.

Выводы: по результатам исследования определена следующая закономерность, что производные амилового спирта более активны, чем производные октилового спирта.

РАЗРАБОТКА СИСТЕМЫ МОНИТОРИНГА КАЧЕСТВА ВОДЫ НА ОСНОВЕ РЕАКЦИИ ИНFUЗИЙ КАК БИОИНДИКАТОРОВ

М.М. Трибун*, О.Ю. Никитин**

Научный руководитель: д-р биол. наук, проф. Л.И. Никитина

**Дальневосточный государственный университет путей сообщения;*

***Вычислительный центр ДО РАН, г. Хабаровск*

В связи с резким ухудшением экологической обстановки водных экосистем, обусловленной ростом городов, интенсивным развитием промышленности и коммунально-бытового сектора, увеличением водопотребления, поверхностные воды подвергаются существенному антропогенному загрязнению. Вследствие этого, в последние годы стало уделяться больше внимания биомониторингу водоемов: определение степени загрязнения водных объектов по составу и ответным реакциям различных групп гидробионтов. Одной из наиболее перспективных группировок являются свободноживущие инфузории (цилиата) ввиду своих морфологических и функциональных особенностей.

В рамках проекта предлагается реализовать программный продукт для мониторинга качества вод на основе двигательной активности инфузорий. Принцип работы программы заключается в автоматическом отслеживании активного поведенческого ответа цилиата на процесс изменения химического и биологического состава воды.

Для анализа изменений состава воды будут применены методы автоматического анализа траекторий движения инфузорий. Для этого будет разработана программа, позволяющая распознавать и регистрировать движения одноклеточных, а также производить статистическое сравнение изменения характера подвижности особей с изменением содержания различных веществ и организмов в воде. Для выявления статистической взаимосвязи будут применены такие интеллектуальные методы, как регрессионные модели, нейронные сети, кальмановская фильтрация и кластерный анализ.

Предлагаемый авторский подход имеет ряд преимуществ, перед приборами-конкурентами (например, Биотестер – 2): позволит делать выводы не только о токсичности, но и биохимическом составе воды, включая ис-

следование на наличие конкретных загрязнителей; является адаптивным к культуре инфузорий, позволяет выбрать в качестве тестового не только виды стенобионтные, но и эврибионтные, что обеспечит повышенную чувствительность системы; может быть применен, как в форме специального программного обеспечения (в комплексе со стандартным микроскопом с видеорегистратором и ПК), так и в форме специализированного мобильного программно-аппаратного комплекса; имеет крайне низкую себестоимость, что позволит установить цену гораздо ниже конкурентных;

Полученный продукт будет полезен в применении лабораториями водоснабжения (МУП города Хабаровска «Водоканал»), очистных сооружений, лабораторий МЧС, МО и пр., а также для полевых исследований и НИИ.

Проект будет функционировать на рынке приборов экологического контроля. Совокупный объем данного рынка в России составляет примерно 175 млн рублей. Предлагаемый программно-аппаратный комплекс может занять до 5 % от данного рынка, что составит около 9 млн рублей в год.

РЕЗУЛЬТАТЫ САМООБСЛЕДОВАНИЯ СТУДЕНТОВ ПЕРВОГО КУРСА НА БЛАСТОЦИСТОЗ В 2014 ГОДУ

А.В. Чаркин, К.А. Пыхтин

Научный руководитель: канд. биол. наук, доц. Г.М. Трускова
ДВГМУ, г. Хабаровск

Бластоцистоз относится к паразитарным заболеваниям, протозоозам, вызываемым *Blastocystis hominis*. При этом поражается преимущественно толстый кишечник. Бластоцистоз может стать первоначальным фоном для развития различных заболеваний желудочно-кишечного тракта. Также и, наоборот, заболевания желудка или кишечника могут являться благоприятными условиями для развития данного паразита в организме.

В последние годы, внимание к изучению бластоцистоза значительно возросло. Имеются статистические данные заражения *Blastocystis hominis* населения ряда регионов РФ и других стран (Торопова Н.Т., Сафронова Н.А., и Гордеева Л.М., 1998 г.). Заболевание распространено практически повсеместно. Поражает как мужчин, так и женщин всех возрастов и профессий.

В развитии инвазии существенную роль играет резистентность макроорганизма. Это заболевание часто регистрируется у ослабленных людей (особенно детей), у больных с различными хроническими патологическими состояниями, а также у иммунокомпрометированных лиц.

Бластоцисты часто обнаруживают у здоровых людей без жалоб. Большинство исследователей считают, что бластоцисты – это условно-

патогенные организмы, обитающие в толстой кишке человека. Взаимосвязь между *B. hominis* и жалобами со стороны желудочно-кишечного тракта не доказана, однако, можно выделить симптомы бластоцистоза:

- боли в области живота спастического характера;
- понос (диарея);
- снижение веса пациента;
- снижение аппетита;
- рвота;
- повышение температуры тела;
- сыпь на коже в виде крупных пятен красного цвета, различного размера, способных сливаться из нескольких в одно;
- зуд на коже.

Blastocystis hominis имеет своеобразное строение: в центре расположено крупное центральное тельце (вакуоль), занимающее до 75 % объёма клетки, имеющее свою мембрану. На сегодняшний день выделены следующие основные формы: вакуолярная, гранулярная и цисты.

Жизненный цикл. При неблагоприятных условиях бластоцистис образует цисту. При отсутствии должных санитарно-эпидемиологических условий, циста через загрязненную воду, немытые продукты питания или через бытовые предметы алиментарным путем проникает в организм, достигает толстого кишечника, переходит в вегетативную форму и начинает активно размножаться. При гибели части микроорганизмов, продукты их распада могут проникать через кровь в кожу, вызывая и кожные проявления, как было описано в симптоматике бластоцистоза.

В зимне-весенний период этого года, было проведено самообследование студентов 1-го курса на наличие бластоцистис в фекалиях. Из 57 обследуемых были зарегистрированы положительные результаты у 7 человек, что составляет 12,28 % от общего числа. Обследование проводилось методами нативного мазка и с окраской раствором Люголя.

Достоверно доказанную серьезную опасность бластоцистоз может представлять только ослабленным людям со сниженным иммунитетом. Паразитирование *Blastocystis hominis* в организме может являться маркером иммунодефицитных состояний, в том числе и ВИЧ-инфекции.

Для того, чтобы обезопасить себя от заражения бластоцистозом, следует соблюдать элементарные правила личной гигиены.

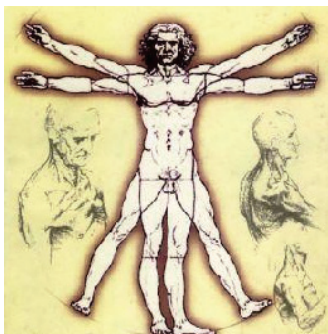
1. Мыть руки после каждого посещения туалета, поездок в общественном транспорте.

2. Все фрукты и овощи должны хорошо мыться под проточной водой.

3. Пища должна готовиться в чистоте и чисто вымытыми руками.

Ввиду специфики обследованного контингента (студенты медицинского университета) с некоторой уверенностью можно сказать, что результаты изучения заражённости бластоцистозом несколько занижены в отношении остальных категорий населения.

В дальнейшем планируется выяснить роль этого простейшего в патологии человека.



Секция морфологии и экспериментальной медицины

ВЫБОР МЕТОДИКИ И МАТЕРИАЛА ДЛЯ УСТАНОВЛЕНИЯ ОСОБЕННОСТЕЙ ПОВРЕЖДЕНИЙ, НАНЕСЕННЫХ ЖИВОТНЫМИ

А.А. Авдеева

Научный руководитель: канд. мед. наук, доцент И.В. Власюк
ДВГМУ, г. Хабаровск

Актуальность. С увеличением количества домашних питомцев, особенно собак, повреждения нанесенные животными встречается все чаще и чаще. В 2012 году в медучреждения Хабаровска, по факту укусов обратилось 2 935 чел. (по краю – 5 018 чел.). В 2013 году их количество составило 2 628 чел. (по краю 4 734 чел.). Имеют место факты нанесения повреждения дикими животными: волками, лисами и др.

От действия зубов собак, основную долю повреждений составляют ссадины, раны и кровоподтеки, по морфологической картине и по взаиморасположению которых можно установить укусившее животное.

В настоящее время из-за технических трудностей получения слепков зубов от животных такой вид экспертных исследований не проводится, либо сопряжены с умерщвлением животного. Основные трудности получения слепка зубов живого хищника обусловлены: дискомфортом животного во время процедуры; активным его сопротивлением (испуг, агрессия); травмоопасностью процедуры для эксперта; особенностью строения зубов и зубных рядов, зубных дуг.

Зубы выделяются наличием длинных клыков и двухуровневых моляров; зубные ряды – дугообразное уширение задней группы зубов верхней челюсти; зубные дуги – V-образная форма нижней челюсти и U-образная форма верхней челюсти.

Цель исследования: подбор методики и материала для установления особенностей повреждений, нанесенных животными.

Задачи исследования: подбор пластической массы для получения слепков с зубов живого животного и снижение его дискомфорта; отбор методики и уменьшения времени получения слепков; подбор материала для получения позитивного слепка.

Материалы и методы. Объектом для отработки методики получения слепка зубов послужили череп собаки и голова сибирского лесного волка.

Массы для получения слепков: скульптурный пластилин на говяжьем жире, пчелиный воск, альгинатная масса.

Полученные результаты и их обсуждение. При производстве оттисков одной челюсти на пластилин (пластина 10×15×4 см, при температуре 30 °С) возникли трудности в помещении бруска в пасть целиком, а при уменьшении размеров пластины наблюдалось вытеснение пластической массы по краям. Для получения оттиска было необходимо помещать в пасть животного пальцы, а порой и кисть целиком, что создавало предпосылки для травматизации исследователя. Повышенное давление на пластилин при погружении в них зубов будет вызывать испуг или ярость у животного.

При производстве оттисков с использованием пчелиного воска (пластина 10×15×4 см, при температуре 40° С) нагрев массы на ощупь ощущается как «горячо». При погружении зубов в восковую массу необходимо еще большее усилие. Отмечается прилипание к зубам, время затвердевания занимает 10-15 минут. При более низкой температуре массы происходит раскалывание пластины при погружении зубов, вытеснение материала на поверхность. Прилипание воска к поверхности зуба приводит к затруднению извлечения оттиска. Манипуляции в пасти животного создавало предпосылки для травматизации пальцев исследователя. Давление на пластилин при погружении зубов, повышенная температура может вызывать ярость у животного и активное сопротивление.

При производстве оттисков с использованием альгинатной массы выявлено, что для получения полного оттиска одной челюсти необходимо затратить около 250 г сухого вещества. При попытке получения оттисков группы зубов (или всей челюсти) получены хорошие результаты. При наложении ладошкой в связи с трудностью контроля силы и равномерности давления руки в силы избыточной пластичности происходила перфорация массы на вершинах бугорков зубов и клыков.

Выводы

1. Использование пластилина приемлемо только для получения слепков одиночных зубов или слепков бугорков всех зубов с погружением клыка до 1/2 высоты их. Подготовка материала затруднена, а получение оттиска травмоопасно. Пластилин легко деформируется, что приводит к изменению взаимоотношения зубов между собой.

2. Использование воска приемлемо для получения отпечатка вершин бугорков или слепков бугорков всех зубов с погружением клыка до $\frac{1}{4}$ высоты его. Получение оттиска травмоопасно. Масса в нагретом состоянии легко деформируется по плоскости, что приводит к изменению взаимоотношения зубов между собой, а в охлажденном легко разрушается.

3. Использование альгинатной массы для получения слепков зубов более приемлемо, однако требует навыков в выполнении. Процедура не лишена травматичности.

Таким образом, для получения оттисков зубов всей челюсти является альгинатная масса, при использовании которой необходимо сконструировать стандартные приспособления с учетом величины зубов, и конфигурации челюстей.

ПРОГРАММНЫЙ ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ МОДУЛЬ ДЛЯ СКРИНИНГ-ДИАГНОСТИКИ ВТОРИЧНОГО АМИЛОИДОЗА

Е.А. Алексеева, Е.В. Омелич

Научный руководитель: канд. мед. наук, доцент В.А. Максименко
Амурская государственная медицинская академия, г. Благовещенск

В современном мире встречается большое количество тяжёлых заболеваний, одним из которых является АА-амилоидоз (вторичный амилоидоз). АА-амилоидоз – реакция организма на хроническое воспаление, характеризующееся повышенным синтезом белка, «острой» фазой печени и отложением амилоида в различных органах. Это заболевание является распространённым и сложно диагностируемым. Все методы, направленные на диагностику этого заболевания имеют множество недостатков, самыми главными являются высокая стоимость и длительность выполнения. Это не позволяет использовать их в скрининг-диагностике. Поэтому мы предлагаем программный диагностический комплекс для скрининг-диагностики АА-амилоидоза.

Целью исследования стала разработка такого программного диагностического комплекса для скрининг-диагностики, который бы позволял за небольшой промежуток времени и низкую стоимость сделать соответствующий анализ.

В основу была взята методика клиновидной дегидратации (Шабалин В.Н. и соавт., 2002). Способ был отработан на 30 белых беспородных крысах-самцах. Данные крысы были разделены на 2 группы: экспериментальную с вторичным системным амилоидозом АА и интактную. Условия содержания, рацион идентичен. Для получения модели системного амилоидоза нами использовалась модель с введением неполного адьюванта Фрейнда. Адьювант в сочетании с нативным яичным альбумином вводился внутривентрально в течение 7 дней через день по 1 мл на 300 г массы те-

ла. После этого, на 14-й день все крысы были выведены с эксперимента с забором сыворотки крови и органов (печень, почки, селезенка, легкие, сердце).

Для метода клиновидной дегидратации бралось 100 мкл сыворотки крови и 50 мкл 0,9 % раствора NaCl, далее два раствора смешивались, и полученный субстрат в объеме 20 мкл наносился на предварительно обезжиренное предметное стекло. Стекло помещаем в чашку Петри на один час при температуре равной 22 °C и влажности воздуха равной 55-75 %. После этого, полученная путем клиновидной дегидратации фация анализировалась под микроскопом с увеличением в 100 раз. Главное значение имеют качественные показатели, такие как форма кристаллов, их разветвленность и пространственное соотношение. Также был разработан ряд количественных параметров использующихся в качестве критериев диагностики.

1. Количество центров кристаллизации в квадрате исследования. Размеры последнего были получены экспериментально – мы получили площадь всей капли, а далее разбили ее на 16 квадрантов с площадью равной 500 условных единиц. В экспериментальной группе, количество центров кристаллизации равно 2 ± 1 ($p=0,05$). В интактной же группе данный показатель равняется 5 ± 1 ($p=0,05$).

2. Количество вторичных лучей. В группе животных с вызванным АА-амилоидозом данный введенный параметр равен 7 ± 2 ($p=0,05$). У потенциально здоровых лабораторных животных из интактной группы количество вторичных лучей равняется 13 ± 2 ($p=0,05$).

3. Исчерченость периферического белкового валика. В группе экспериментальных животных данный параметр равен 9 ± 2 ($p=0,05$). При этом стоит отметить, что данные трещины имеют неправильный вид и направление. В группе интактных животных количество линий на белковом валике равно 12 ± 2 ($p=0,05$), и данные линии имеют строго упорядоченный параллельный ход, что также служит диагностическим критерием в отличии от фаций с АА-амилоидозом.

Программный алгоритм был разработан в среде объектно-ориентированного программирования Delphi 7. Полученные результаты кристаллографического метода были сравнены с гистологическим исследованием вскрытых органов (печень, почки, селезенка, легкие, сердце) для подтверждения корреляции параметров и наличия патологии. На основании данного исследования нами получено 100 % подтверждение АА-амилоидоза с помощью разработанного метода и программного диагностического модуля для скрининг-диагностики вторичного амилоидоза. На основании проведенного исследования можно сделать вывод, что данный метод имеет ряд преимуществ. Таких, как минимальные затраты времени, нативность и физиологичность проводимого исследования, отсутствие аллергических и токсических воздействий на пациента, снижение затрат на

проведение диагностики АА-амилоидоза, доступность аппаратуры для исследования.

ВЛИЯНИЕ ХРОНИЧЕСКОЙ АНТЕНАТАЛЬНОЙ ГИПОКСИИ НА НЕКОТОРЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ТКАНЕВОГО ГОМЕОСТАЗА ПЕЧЕНИ БЕЛЫХ КРЫС

Е.А. Варавина, Е.Г. Фролова, А.О. Иванова

Научный руководитель: О.Г. Пинаева

ДВГМУ, г. Хабаровск

Цель работы: изучить показатели структурного гомеостаза печени млекопитающих, перенесших хроническую антенатальную гипоксию (ХАГ). Задачи: провести анализ соматометрических показателей белых крыс, перенесших ХАГ: оценить вес тела и массу печени 20-суточных плодов, 1, 5, 7, 60-суточных животных; провести исследование параметров ядрышкового организатора (ЯОР) гепатоцитов 1, 7, 21, 60-суточных животных; провести исследование плотности гемопоэтических клеток (ГПК) в ткани печени 20-суточных плодов.

Материалы и методы. В работе использовали потомство рандомбредных 3-месячных белых крыс-самок, подвергнутых гипоксическому воздействию с 14 по 19 сутки гестации. Для моделирования тяжелой гипоксии беременных крыс-самок помещали в барокамеру и «поднимали» на высоту 9 000 метров над уровнем моря, что соответствовало давлению 224 мм рт.ст. и насыщению кислорода 42 мм рт. ст. Контролем служило потомство интактных самок.

Белок-синтетическую активность гепатоцитов оценивали методом AgNORs. Подсчитывали среднее количество ядрышек путем просмотра не менее 100 ядер на микроскопе Биолам. С помощью компьютерной морфометрии на комплексном анализаторе изображения «Мекос-Ц» определяли среднюю площадь ядер и ядрышек гепатоцитов, путем просмотра 50 клеток, а также плотность гемопоэтических клеток (ГПК) печени 20-суточных плодов путем просмотра 2 тыс. клеток. Статистическую обработку полученных результатов проводили с помощью программы «Statistica 6.0».

Результаты. ХАГ вызывала достоверное уменьшение массы тела на всех этапах онтогенеза – у 20-суточных плодов на 27,1 %, у 1, 5, 7-суточных и 60-суточных животных на 15,9 %, 8,1 %, 24,79 % и 9,68 % соответственно; статистически значимое снижение абсолютной массы печени на 28,8 %, 28,24 %, 19,21 %, 15,39 % у 20-суточных плодов, 1, 7, 60-суточных животных, соответственно; достоверное снижение относительной массы печени на 16,36 % у суточных новорожденных и на 4,7 % у половозрелых 60-суточных животных. У 5-суточных животных были выяв-

лено статистически значимое увеличение относительной массы печени на 5,9 %. Изменения соматометрических показателей у животных подопытной группы сопровождалось достоверным увеличением плотности ГПК на 33,2 % у 20-суточных плодов и снижением количества ядрышек в ядрах гепатоцитов у 7, 21, 60-суточных животных на 10 %, 36,7 %, 11,9 % соответственно. Морфометрический анализ изолированных гепатоцитов выявил, что в группе половозрелых животных, перенесших ХАГ, наблюдается достоверное уменьшение размеров гепатоцитов на 20,45 %, снижение площади ядер гепатоцитов на 16,14 % и увеличение средней площади ядрышек гепатоцитов на 29,47 %. Таким образом, ХАГ индуцирует ряд морфофункциональных изменений в печени белых крыс как в антенатальном периоде, так и в более поздние периоды онтогенеза.

Выводы. Хроническая антенатальная гипоксия приводит к: 1) снижению массы тела и массы печени во все периоды онтогенеза; 2) существенному снижению количества ядрышек в гепатоцитах в различные периоды онтогенеза; 3) увеличению плотности гемопоэтических элементов в печени 20-суточных плодов.

ПРОФИЛАКТИКА ЙОДДЕФИЦИТНЫХ СОСТОЯНИЙ В ХАБАРОВСКЕ

Д.И. Волонтович, М.В. Микенина

Научные руководители: д-р мед. наук, проф. Ю.Г. Ковальский,

канд. биол. наук, доц. В.М. Пикалова

ДВГМУ, г. Хабаровск

Нехватка йода в организме – йоддефицит – на сегодняшний день самое распространённое неинфекционное заболевание в мире. По данным ВОЗ, в условиях дефицита йода в мире живут более 2 млрд человек.

В России 75 % жителей, в том числе население Хабаровского края, в той или иной степени испытывают дефицит йода.

Наиболее оптимальным способом профилактики йоддефицитных заболеваний является массовая профилактика, реализуемая, согласно рекомендациям экспертов ВОЗ, путём всеобщего йодирования пищевой (поваренной) соли.

Задачами нашей работы явились: 1. исследование состояния массовой йодопрофилактики у населения путём анализа образцов соли, постоянно употребляемой студентами ДВГМУ и членами их семей в пищу; 2. оценка качества йодированной соли, поступающей в розничную продажу в г. Хабаровске путём определения содержания йода в образцах.

Нами изучено 83 образца соли. Количество йода определяли титрометрическим методом (стандартизированная методика ВОЗ), в основе ко-

торого лежит окисление йодата до атомарного йода и определение его титрованием тиосульфатом натрия в присутствии индикатора – крахмала.

Содержание йода в образцах колебалось от 0 до 65,6 мкг/г.

Для оценки качества йодированной соли нами было проверено содержание йода в 39 образцах йодированной соли различных марок (приобретённой в розничной торговой сети) на соответствие заявленному количеству йода. Все образцы были в пределах указанного на маркировке срока годности. Полностью соответствовали ГОСТу по содержанию йода 74,4 % образцов. В 2013 г. этот показатель составил 52,9 %. Таким образом, отмечается улучшение ситуации по качеству йодированной соли.

Из представленных образцов соли йодированная соль составила 47 %. В 2005 году на йодированную приходилось 60 %, в 2010 году – 32,4 %, в 2011 – 19 %, в 2013 – 37,4 %. Таким образом, после периода спада, отмечена стойкая положительная динамика роста доли йодированной соли в питании населения.

Количество студентов и членов их семей, потребляющих тот или иной вид соли, распределилось следующим образом: из 156 человек йодированную соль в пищу употребляли 42,9 % (в 2011 – 16,3 %, в 2013 – 32,7 %).

Результаты анализа цен на различные виды соли показали, что в среднем цена йодированной соли в 3 раза выше, чем нейодированной. Похожая ситуация отмечена и в 2011 и 2013 гг.

Выводы

1. По нормативам ВОЗ, для эффективной профилактики йоддефицитных заболеваний, не менее 90 % семей должны употреблять йодированную соль. Представленные нами данные показывают, что потребление йодированной соли в исследуемой группе населения не позволяет рассчитывать на эффективность йодопрофилактики.

2. Одной из причин, сдерживающих распространение йодированной соли, является её цена, которая по-прежнему значительно выше, чем у соли обычной.

УЛЬТРАСТРУКТУРНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ В ПЕЧЕНИ ПРИ ГЕМОРАГИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКЕ С ПОЧЕЧНЫМ СИНДРОМОМ

А.А. Евсеева

Научный руководитель: доцент, канд. мед. наук А.Н. Евсеев

ДВГМУ, г. Хабаровск

Ведущим звеном в патогенезе геморрагической лихорадки с почечным синдромом (ГЛПС) является системное поражение микрососудов вирусом Хантаан с последующим повреждением различных тканей и органов. В литературе встречаются лишь единичные сведения об ультраструктурных измене-

ниях в печени при данном заболевании и взаимосвязи этих изменений с наличием вирусного антигена.

Цель исследования: используя методы светооптической и электронной микроскопии, дать оценку морфологическим изменениям в печени при ГЛПС в разные сроки заболевания.

Материалы и методы. Проведено морфологическое изучение печени у 6 погибших от ГЛПС в возрасте от 19 до 37 лет. В 2 случаях смерть наступила за период до 10 суток от начала болезни, в 2 случаях – до 20 суток, и в 2 случаях – свыше 20 суток от клинической манифестации заболевания.

Аутопсийный материал фиксировали в 10 % нейтральном формалине и заливали в парафин. Гистологические срезы толщиной 3-5 мкм окрашивали гематоксилином и эозином, пикрофуксином по Ван-Гизону, хромотропом 2В.

Электронно-микроскопическое исследование ткани печени проведено в 5 наблюдениях. Печеночную ткань для электронной микроскопии фиксировали в 2,5 % глутаральдегиде на фосфатном буфере pH 7,2-7,4 (дофиксация производилась в 1 % растворе OsO₄), заключали в смесь эпоксидных смол (эпон и аралдит). Применялась лазерная сканирующая конфокальная и электронная микроскопии (JEM-100S Япония).

В разгар заболевания (летальные исходы до 10 суток) отмечались множественные кровоизлияния под капсулу печени. На разрезах паренхима органа влажная, темно красно-коричневого цвета, нередко пестрая за счет множественных неправильной формы очагов кровоизлияний и серо-желтых некрозов.

Микроскопически в печени преобладали некрозы и дистрофические изменения гепатоцитов, холестазы, отек и лимфоидно-макрофагальные инфильтраты в портальных трактах и дольках, кровоизлияния.

Электронно-микроскопическое исследование выявило полиморфизм гепатоцитов, вакуолизацию, расширение цистерн зернистой цитоплазматической сети с разрывом мембран, миелоноподобные структуры, набухшие митохондрии, в перисинусоидальных пространствах скопления слущенных микроворсинок, разрушенных органелл, клетки инфильтрата в строме портальных трактов.

У погибших от ГЛПС за период до 20 суток от начала болезни изменения характеризовались дряблостью, увеличением размеров и массы печени. Поверхность органа оставалась гладкой наблюдались множественные кровоизлияния в субкапсулярной зоне и неравномерное кровенаполнение ткани. На разрезе паренхима оставалась пестрой за счет чередования множества участков различной формы темно-красного цвета и серо-желтых некрозов. Микроскопически отмечался полиморфизм гепатоцитов в сочетании с диффузной вакуольной и гидропической дистрофией, фокальные некрозы гепатоцитов, лимфоидно-макрофагальные инфильтраты в портальных трактах.

У погибших от ГЛПС в период свыше 20 суток от начала болезни наблюдались умеренная гепатомегалия, очаговые кровоизлияния и неравномерное кровенаполнение ткани. При гистологическом исследовании, наряду с повреждением гепатоцитов в виде парциальных некрозов, вакуольной и жировой дистрофии, выявлялись участки очагового портального, перипортального и перивенулярного склероза, мелкие лимфоидно-макрофагальные инфильтраты. Иногда обнаруживались холестазы в гепатоцитах, и пролиферация желчных дуктул.

Ультраструктурно, наряду с признаками альтерации гепатоцитов (вакуолизации цитоплазмы, расширение цистерн цитоплазматической сети с разрывом цитомембран, формирование миелоноподобных структур, разрушение митохондрий), отмечено формирование коллагеновых волокон, наличие лимфоцитов, плазматических клеток, макрофагов в портальных трактах.

Результаты проведенного исследования свидетельствуют о том, что в разгар ГЛПС (до 20 суток от начала заболевания) в печени преобладают альтеративно-инфильтративные реакции, которые в дальнейшем приобретают хроническое течение со склерозом в портальных трактах и перипортальных зонах.

**ВЛИЯНИЕ ПЕПТИДА СЕДАТИН НА ПОКАЗАТЕЛИ
ЯДРЫШКОВОГО АППАРАТА И ПРОЛИФЕРАТИВНУЮ
АКТИВНОСТЬ НЕКОТОРЫХ КЛЕТОЧНЫХ ПОПУЛЯЦИЙ
ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА БЕЛЫХ КРЫС
В УСЛОВИЯХ ПОВТОРНОГО
ГИПОКСИЧЕСКОГО ВОЗДЕЙСТВИЯ**

**М.В. Жукова, Е.А. Кривошеева, Т.В. Мощеева,
П.К. Тарасов, Е.Ю. Самарина**

Научный руководитель: Е.Ю. Самарина
ДВГМУ, г. Хабаровск

Актуальность проблемы. Опиоидные пептиды, действуя на μ - и δ -опиоидные рецепторы, проявляют выраженный гастропротективный эффект при различных патологических состояниях, сопровождающихся оксидативным стрессом (Gyires K., et al., 2001; Животова Е.Ю. с соавт., 2009; Лишманов Ю.Б. с соавт., 2012). Воздействие стрессорного фактора вызывает структурные и функциональные нарушения в клетках желудочно-кишечного тракта. Отмечено, что гипоксия и вызванный ею оксидативный стресс усиливает процессы ПОЛ с последующим повреждением митохондрий и некрозом клеток печени (Владимиров Ю.А., 2004; Выборова И.С. с соавт., 2005; Симоненков А.П., Федоров В.Д., 2008), а также обуславливает эрозивно-язвенные поражения желудка и двенадцатиперстной кишки.

Поиск новых препаратов для профилактики стрессиндуцированных поражений клеток желудочно-кишечного тракта остается актуальной задачей. В связи с этим нам стало интересным определить влияние пептида седатин на анаболические и пролиферативные процессы клеток железистого и покровного эпителия желудочно-кишечного тракта после повторного гипоксического воздействия.

Материалы и методы. Работа выполнена на половозрелых крысах-самцах линии Вистар. Эксперименты проводили в течение 5 суток. Моделирование гипоксии осуществляли путем пребывания животных в барокамере на высоте 9 тыс. м в течение 4 часов. Животные были разделены на 4 группы по 8 особей в каждой. 1-я группа – контроль; 2-я группа – животные, получившие внутрибрюшинно введение седатина в дозе 100 мкг/кг; 3-я группа – животные, подвергнутые гипобарической гипоксии; 4-я группа – животные, подвергнутые гипобарической гипоксии через 1 час после введения седатина. Эвтаназию осуществляли через 24 часа после окончания экспериментального воздействия. Об анаболической активности гепатоцитов судили по количеству ядрышек в ядрах клеток, окрашенных азотнокислым серебром (Мамаев Н.Н., 1992). Состояние пролиферативной активности эпителиоцитов двенадцатиперстной кишки оценивали с помощью автордиографии (Епифанова О.И., 1969). Определяли индекс меченых ядер с ^3H -тимидином, отражающий среднее количество ДНК-синтезирующих ядер, а также интенсивность метки, которая указывает на скорость ДНК-синтетической активности эпителиоцитов. В качестве опиоидного пептида использовали синтетический аналог дерморфина пептид седатин. Статистическую обработку экспериментальных данных проводили с использованием компьютерной программы «Statistica 6.0».

Результаты исследования. В настоящей работе мы оценивали влияние седатина на показатели ядрышкового аппарата гепатоцитов и пролиферативную активность эпителиоцитов двенадцатиперстной кишки в условиях повторного гипоксического воздействия. Пятикратное воздействие гипоксии вызывало уменьшение количества ядрышек в ядрах гепатоцитов (контроль – $1,99 \pm 0,04$; гипоксия – $1,82 \pm 0,04$, $*p=0,01$), а также уменьшение доли ядер, имеющих 3 и более ядрышек. Однонаправленную динамику изменений мы обнаружили и в эпителиоцитах двенадцатиперстной кишки, здесь наблюдалось угнетение ДНК-синтетических процессов: снижался индекс меченых ядер (ИМЯ контроль – $40,39 \pm 0,39$; гипоксия – $37,10 \pm 0,71$, $*p=0,0138$) и уменьшалась скорость синтеза ДНК (ИМ контроль – $45,07 \pm 0,92$; гипоксия – $34,23 \pm 0,92$, $*p=0,000002$). Выявленные изменения были статистически достоверными. Таким образом, оксидативный стресс в виде гипобарической гипоксии вызывал резкое угнетение анаболической и пролиферативной активности гепатоцитов и эпителиоцитов двенадцатиперстной кишки. Предварительное введение пептида седатин полностью нивелировало угнетающее действие гипоксии на количество ядрышек в

ядрах гепатоцитов и ДНК – синтетическую активность эпителиоцитов двенадцатиперстной кишки. Более того в обоих случаях имело место повышение этих показателей по сравнению с контролем (ЯОР контроль – $1,99 \pm 0,04$; гипоксия+седатин – $2,26 \pm 0,09^*$; ИМЯ контроль – $40,39 \pm 0,39$; гипоксия+седатин – $48,80 \pm 0,47$, $*p=0,000001$; ИМ контроль – $45,07 \pm 0,92$; гипоксия+седатин – $54,32 \pm 0,89$, $*p=0,000007$). Отмечено достоверное увеличение количества ядрышек в ядрах гепатоцитов и индуцирование ДНК-синтетических процессов в эпителиоцитах двенадцати-перстной кишки. Таким образом, пептид седатин устранял негативное влияние оксидативного стресса в клетках железистого и поверхностного эпителия желудочно-кишечного тракта. Надо отметить, что пятикратное введение пептида седатин вызывало достоверное увеличение количества ядрышек в ядрах гепатоцитов (контроль – $1,99 \pm 0,04$; седатин – $2,29 \pm 0,07$, $*p=0,002$), а также процентного числа ядер, содержащих более трех ядрышек. Вместе с тем воздействие седатина на эпителиоциты двенадцатиперстной кишки не изменяло количество клеток пролиферирующего пула: достоверных изменений ИМЯ не отмечалось (контроль – $40,39 \pm 0,39$; седатин – $40,09 \pm 1,04$). Установлено, что регуляторные пептиды обладают тканеспецифическим действием в отношении клеточных популяций (Хавинсон В.Х., 2001), а защитные цитопротективные эффекты опиоидных пептидов в наибольшей степени реализуются в условиях оксидативного стресса (Гомазков О.А., 1991).

Выводы

1. Гипоксическое воздействие вызывает резкое угнетение анаболической и пролиферативной активности гепатоцитов и эпителиоцитов двенадцатиперстной кишки.
2. Предварительное введение пептида седатин устраняет негативное влияние оксидативного стресса в клетках железистого и покровного эпителия желудочно-кишечного тракта.
3. Опиоидный пептид седатин вызывает увеличение количества ядрышек в ядрах гепатоцитов.

Таким образом, пептидные агонисты опиоидных рецепторов в перспективе могут быть использованы для профилактики стрессиндуцированной патологии желудочно-кишечного тракта (Лишманов Ю.Б., 2012).

**ВЛИЯНИЕ УПОТРЕБЛЕНИЯ 6 % РАСТВОРА ЭТАНОЛА
В ПУБЕРТАТНОМ ПЕРИОДЕ РАЗВИТИЯ
НА НЕКОТОРЫЕ МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ
ЖИЗНЕННО ВАЖНЫХ ОРГАНОВ БЕЛЫХ КРЫС**

А.П. Коваленко, М.О. Жульков, Н.В. Самохвалов

Научный руководитель: д-р мед. наук Е.Н. Сазонова

ДВГМУ, г. Хабаровск

В последнее десятилетие в России, растёт потребление слабоалкогольных напитков: с 2005 г. по 2009 г. рост потребления этой алкогольной продукции составил более 40 %. По данным статистики, наблюдается потребление слабоалкогольных напитков с 11-12 лет. Численность учтённых подростков, употребляющих алкоголь, составляет 827,1 на 100 000 подростков, что выше уровня среди населения в целом в 3 раза [Ахметова О.А., Слободская Е.Р., 2011]. Вместе с тем, научные сведения о последствиях влияния малых доз этанола на организм в пубертатный период онтогенеза малочисленны.

Целью нашего исследования было провести экспериментальный анализ влияния слабоалкогольного раствора на состояние организма млекопитающих в пубертатный период развития, а также исследовать отдаленные последствия этого воздействия.

Методы исследования. Объектом исследования были белые крысы породы Вистар обоего пола. Подопытные животные с 30 по 60 сутки жизни, (что соответствует препубертатному и пубертатному возрасту человека) ежедневно получали в качестве единственного источника жидкости 6 % раствор этанола. Контролем служили животные, получавшие для питья воду.

В процессе проведения эксперимента проводили гравиметрические исследования: регистрировали в динамике массу тела животных. В возрасте 60 суток крыс-самцов выводили из эксперимента, а крыс-самок ссаживали с интактными самцами для получения потомства. После выведения животных из эксперимента, исследовали массу сердца, печени и почек, а также проводили гистологическое исследование этих жизненно важных органов.

Все работы с животными проводились согласно этическим требованиям Европейской конвенции защиты прав лабораторных животных.

Из биоптатов сердца готовили гистотопографические препараты, окрашивали препараты азотнокислым серебром [Мамаев Н.Н. и соавт., 1989]. Осуществляли подсчет количества ядрышек в кардиомиоцитах (КМЦ) - оценивали среднее количество ядрышек путем просмотра 100 ядер КМЦ в субэндокардиальных слоях левого и правого желудочков. Количественный анализ соединительнотканного компартмента в субэндокардиальном миокарде желудочков проводили с помощью морфометрической сетки Автан-

дилова Г.Г. (1990). Так же готовили препараты из ткани печени, окрашенные азотнокислым серебром. Осуществляли подсчёт среднего количества ядрышек в ядрах гепатоцитов.

Препараты почек окрашивали гематоксилином и эозином. На препаратах почек в корковом веществе оценивали плотность почечных телец – подсчитывали среднее количество клубочков в стандартном поле зрения микроскопа.

Статистическую обработку экспериментальных данных проводили с помощью ППП Statistica-5.0. Всего в работе было использовано 80 животных.

Результаты исследования. Употребление с 30 по 60 сутки жизни 6 % раствора этанола значительно изменяло динамику массы тела животных. В группе подопытных крыс-самцов в первые три недели исследования регистрировалось существенное уменьшение еженедельной прибавки массы тела. Показатели прибавки массы на последней неделе исследования, напротив, оказались достоверно выше контрольного параметра.

При исследовании массы печени подопытных животных, достоверных изменений массы органа выявлено не было. Также не отличались и показатели количества ядрышек в ядрах гепатоцитов контрольных и подопытных животных. Это косвенно может свидетельствовать о том, что использованная дозировка этанола не оказывала гепатотоксического влияния.

При исследовании массы сердца крыс-самцов, получавших с 30 по 60 сутки жизни 6 % раствор этанола, выявлено достоверное увеличение относительной массы органа. При гистологическом исследовании миокарда выяснено, что алкоголизация приводит к достоверному уменьшению количества ядрышек на 35,9 % и 29,6 % в ядрах кардиомиоцитов левого и правого желудочков сердца, соответственно. Уменьшение количества ядрышек может свидетельствовать о снижении анаболической активности клеток миокарда белых крыс.

Кроме того, тридцатисуточное употребление 6 % раствора этанола вызывало значительное увеличение содержания соединительнотканых волокон в миокарде левого и правого желудочков на 73,3 % и 96,1 %, соответственно. Выявленные изменения свидетельствуют в пользу развития фиброза миокарда у подопытных животных. Таким образом, употребление слабоалкогольного раствора в пубертатный период развития индуцировало существенное изменение состояния сердца.

На втором этапе исследования мы оценивали состояние внутренних органов потомства крыс-самок, получавших с 30-е по 60-е сутки жизни 6 % раствор этанола. Следует отметить, что употребление этанола было прекращено до наступления беременности и во время беременности крысы-самки этанол не получали.

У потомства подопытных крыс-самок было зарегистрировано достоверное увеличение абсолютной и относительной массы почек и достовер-

ное возрастание относительной массы печени. Анализ плотности расположения почечных клубочков в корковом веществе почек не выявил достоверных изменений между контрольной и подопытной группой.

Результаты проведенного исследования свидетельствуют о значительных последствиях употребления животными пубертатного возраста слабоалкогольного раствора и о необходимости дальнейших исследований эффектов малых доз этанола.

ХЕМИЛЮМИНЕСЦЕНТНЫЙ АНАЛИЗ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ КАК МЕТОД ПРОГНОЗИРОВАНИЯ ОСЛОЖНЕНИЙ

Ю.И. Краснопеев

Научный руководитель: д-р мед. наук, проф. Е.А. Бородин
Амурская государственная медицинская академия, г. Благовещенск

Работа в направлении прогнозирования осложнений при сахарном диабете (СД) является актуальной. На сегодняшний день смертность от осложнений сахарного диабета превышает 1,5 млн человек в год. Основной причиной развития патологических симптомов является окислительный стресс, то есть интенсивная выработка молекул АФК (активные формы кислорода), вследствие нарушения антиоксидантной защиты. Анализ уровня АФК в крови и динамика его колебаний (в сравнении с нормой) позволит прогнозировать осложнения и не допустить поражения органов-мишеней, таких как почки, головной мозг и другие. Также измерение АФК скорректирует назначение антиоксидантных препаратов.

Суть метода заключается в хемилюминесцентной реакции активных форм кислорода в цельной венозной крови с реактивом, содержащим активатор, измерении интенсивности люминесценции. Интенсивность люминесценции находится в прямой зависимости от концентрации и скорости образования АФК.

В качестве материала для анализа использовалась кровь лабораторных крыс с искусственно созданной моделью сахарного диабета.

Результаты: опытным путем доказано взаимодействие АФК в крови с реактивом определенного состава. Идея осуществима. Экономический расчет доказывает рентабельность данного анализа.

Работа по данной проблеме будет продолжаться.

УСТРОЙСТВО ДЛЯ ИЗУЧЕНИЯ ПОВЕДЕНИЯ ЛАБОРАТОРНЫХ ЖИВОТНЫХ

Д.С. Лапин

Научный руководитель: канд. мед. наук, доц. М.Л. Пластинин
Амурская государственная медицинская академия, г. Благовещенск

Поведение, управляемое психикой человека и животных, зачастую является хорошо предсказуемым для стороннего наблюдателя, но всегда очень сложным и трудно доступным феноменом для изучения физиологической наукой. Поведение является очень сложной формой жизнедеятельности, которая относится ко всему организму в целом, а не к отдельным органам или их системам, что является самым существенным его признаком.

Поведение животных стало предметом изучения еще задолго до периода расцвета естественных наук. Знакомство с повадками животных было жизненно необходимо человеку на заре цивилизации. Накопленные путем наблюдения знания служили основой для первых собственно научных обобщений, которые всегда были связаны с выяснением связи между человеком и животными и их положения в картине мироздания. Огромный вклад в изучение и понимание поведения внесли систематические наблюдения за животными разных таксономических групп, выполненные зоологами и натуралистами широкого профиля. Стремительное развитие техники сделало возможным использование принципиально новых методов, например, дистанционное наблюдение с помощью биотелеметрии, применение радиоактивных изотопов, эхолокационных установок и т. п.

Данное устройство относится к экспериментальной физиологии и предназначено для изучения поведения и процессов выработки условно-рефлекторных реакций у лабораторных животных: мышей, крыс, кроликов и т. д.

Цель данной работы предложить качественно новое устройство для изучения поведенческих реакций у лабораторных животных, а в последующем экспериментально доказать целесообразность применения предложенного нами устройства.

Предлагаемое нами устройство включает в себя ящик, заполненный полимерной массой. Снизу к ящику крепится пол из электропроводящего материала. Сверху ящик закрывается прозрачной крышкой. Над ящиком крепится видеокамера с функцией видеосъёмки в тёмное время суток без освещения. Полимерная масса, обладая способностью, с одной стороны, к изменению формы в результате воздействия экспериментатора, а с другой стороны, к длительному сохранению принятой формы, позволяет создавать инструментальные среды различной сложности и назначения.

Для нивелирования эффекта стереотипности поведения тестируемого объекта, по окончании эксперимента стартовые зоны, проходы и рукава

лабиринта, сформированные экспериментатором, заполняются полимерной массой. Устройство приведено в исходное состояние и готово к новому эксперименту.

ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ ПЕРИОСТАЛЬНОЙ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОЙ РЕАКЦИИ НА КОСТЯХ ЧЕРЕПА

Н.А. Мамрукова

Научные руководители: канд. мед. наук,
доцент Г.А. Иваненко, Е.С. Потеряйкин
ДВГМУ, г. Хабаровск

Посттравматическая периостальная реакция (ППР) – это реакция компактной пластинки на воспаление надкостницы в виде костных новообразований или участков рассасывания. Травматическое воздействие в область черепа сопровождается кровоизлиянием в область надкостницы и воспалением наружного остеогенного слоя костной ткани, что приводит к развитию оссифицирующей ППР. При травме, сопровождающейся скальпированием наружного слоя костной ткани, развивается rareфицирующая (рассасывающая) ППР.

Различные виды ППР позволяют судить о факте имевшей место травмы, давности и характере ее нанесения. В работе М.Н. Нагорнова (2008) проведена морфологическая классификация, описан механизм образования и патологический процесс ППР. Однако остаются нерешенными вопросы, как зависит характер оссифицирующей ППР от механизма травматического воздействия или индивидуальных особенностей организма, возможно ли определение переходных форм ППР в процессе инволюции данного явления. Также необходимо сформулировать унифицированное описание каждого вида ППР. Мы посчитали целесообразным изучить материалы кафедры Анатомии человека и проследить частоту встречаемости данных явлений, изучить вариабельность морфологических форм для точности определения давности нанесения травмы.

Материалы и методы. Нами был исследован материал кафедры анатомии ДВГМУ, а именно 56 черепов мужчин и женщин в возрасте от 20-60 лет. Изучение морфологических форм ППР, наличие прижизненных и посмертных травм проводили на сухих препаратах визуальным и пальпаторным методами, а также при помощи цифрового микроскопа «Эксперт Прима». Необходимые измерения проводили с помощью линейки и цифрового микроскопа.

Результаты и обсуждение. В коллекции кафедры анатомии человека черепа с признаками травмы в виде линейных, дырчатых переломов в стадии заживления встречались в 30 % случаев (17 черепов). ППР на наружной компактной пластинке свода черепа наблюдалась в 26 % случаев (15

черепов). Мы наблюдали случаи, когда на фоне старой травмы имелась ППР 10 % (6 черепов), без старой травмы – 16 % (9 черепов). Также отмечено, что среди 17 черепов с признаками старой травмы 11 черепов не имели признаков ППР.

Наличие травмы без признаков ППР (11 черепов) можно объяснить давностью её более 4 лет, когда признаки ППР полностью разрушаются. Наличие ППР без признаков травмы (9 черепов) возможно при незначительном травматическом воздействии (без повреждения кости).

По морфологии чаще всего встречались бугорчатая (36,8 %) и бородавчатая ППР (36,8 %). Иногда эти виды были локализованы на одном и том же черепе. Рарефицирующая ППР встречалась реже (10,5 % случаев), сетчатая ППР (15,7 % случаев).

Была проведена оценка морфологических признаков, позволяющая дифференцировать некоторые виды ППР от следов выветривания костной ткани или повреждения химическими реагентами. На макроскопическом уровне различия между данными формами стерты. При микроскопическом изучении сетчатой ППР установлено, что морфология остеофитов имеет характер незначительно возвышающихся костных трабекул со сглаженной поверхностью, расположенных хаотично и связанных между собой в виде сети. Костная ткань с признаками «выветривания», при длительном (более 50 лет) нахождении черепа в неблагоприятных условиях окружающей среды, имеет вид поверхностных и глубоких трещин с участками отслоения костного вещества с четко выраженными контурами. При химическом и механическом повреждении наружной компактной пластинки наблюдаются дефекты компактной костной ткани с ровными и несколько заостренными краями.

Для достоверности определения разновидностей ППР, мы предложили алгоритм описания. Он включает в себя локализацию, размеры новообразований, подробное описание морфологии ППР. Также был создан морфологический атлас ППР с иллюстрацией результатов данной работы и шаблон описания этого патологического процесса для непосредственного применения его в практике.

Выводы

1. Признаки ППР, на примере коллекции кафедры анатомии человека ДВГМУ, встречаются достаточно часто (27 % случаев). При этом всего в шести наблюдениях просматривалась связь ППР с признаками старой травмы. Чаще наблюдали случаи наличия ППР без признаков старой травмы (девять наблюдений), что позволяет рассматривать ППР как ценный диагностический признак даже незначительного травматического воздействия.

2. Наиболее часто встречаются морфологические формы оссифицирующей ППР – бородавчатая и бугорчатая, более редкая – сетчатая форма. Появление той или иной морфологической формы может быть связано с

особенностью механизма травмы или индивидуальными особенностями организма. Данный вопрос требует более глубокого изучения.

3. Нами создан атлас морфологических форм ППР и предложен унифицированный алгоритм их описания, что позволит расширить практическое применение данного признака.

Для более полного изучения морфологических форм ППР и возможностей её более широкого практического применения считаем необходимым в перспективе дальнейшее гистологическое исследование с учетом данных катамнеза.

МЕХАНИЧЕСКИЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ ШЕИ В СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОМ АСПЕКТЕ

О.В. Нетцель

Научный руководитель: д-р мед. наук, профессор А.И. Авдеев
ДВГМУ, г. Хабаровск

Повреждения шеи от механических воздействий встречаются нечасто и в основном при автодорожных происшествиях, удушениях, самоубийствах, при спортивном травматизме и сопровождаются характерными клиническими проявлениями [Шустер М.А. и соавт., 1989; Авдеев А.И., Нетцель О.В., 2013; Нетцель О.В., 2013]. Клиническая и судебно-медицинская оценка таких случаев затруднена как при быстро наступившей смерти, так и при отсроченных смертельных исходах [Парилов С.Л., 2012; Авдеев А.И., Нетцель О.В., 2013].

Цель исследования: выделение клинических симптомов при травме шеи различного генеза, и их сопоставление с данными судебно-медицинских экспертиз.

Материалы и методы. Материалом для работы послужили карты стационарного больного (40 наблюдений), госпитализированных в ЛОР отделения, из медицинских архивов ККБ № 1, МУЗ ГКБ № 2 г. Хабаровска за период с 2006 по 2012 год и акты судебно-медицинских исследований за период с 2009 по 2013 годы. Методы исследования: обзор литературы, анализ архивных клинических и судебно-медицинских наблюдений.

Результаты и обсуждение. Выявлено 40 случаев госпитализации потерпевших с повреждениями в области шеи: 25 случаев от действия острых предметов; 10 случаев от действия тупых твердых предметов; 3 случая от ударов руками; 2 случая огнестрельных ранений; 1 случай сдавления петель.

По архивам 2012 года КГБУЗ «Бюро судебно-медицинской экспертизы» выявлено 26 случаев, связанных с повреждениями области шеи: 12 наблюдений – повреждение острым оружием. Из них 10 случаев от повреж-

дений колюще-режущим оружием. 14 наблюдений – тупая травма шеи от ударов предметами с ограниченной поверхностью.

При сопоставлении клинических (40 случаев) и судебно-медицинских данных (20 случаев), были получены следующие результаты:

1. Для повреждений от действия острых предметов (25 клинических наблюдений, 12 – судебно-медицинских) характерны:

- Жалобы на боль в проекции раны, наружное кровотечение, гематома в области раны. Реже при проникающих ранениях – кашель, кровохарканье, подкожная эмфизема.

- Клинические симптомы с момента нанесения травмы развиваются от 20-30 минут до 36 часов.

- В случае смертельного исхода (12 наблюдений) при наружном осмотре отмечают колото-резанные повреждения на передней или боковой поверхностях шеи.

2. Для повреждений органов шеи от действия тупых твердых предметов (10 клинических наблюдений, 14 – судебно-медицинских) характерны:

- Жалобы на осиплость голоса, боль при глотании и разговоре, затруднение дыхания.

- Клинические симптомы от получения травмы до явного проявления развиваются от 3-5 часов до 36 часов.

- При осмотре больного видимых дефектов шеи (отек, ссадины и др.) не обнаруживается, отмечается локальная болезненность в зоне удара.

- При непрямой ларингоскопии отмечается гиперемия и отек слизистой оболочки гортани, наличие очагов кровоизлияний.

- На рентгенограммах: Неоднородность предпозвоночных тканей на уровне рото- и гортаноглотки при развитии эмфиземы превисцеральных тканей, заглоточных абсцессов, гнойного медиастинита. Переломы пластин щитовидного хряща, перстневидного хряща.

- В случае смертельного исхода (14 наблюдений) выявлены переломы и вывихи позвонков шейного отдела позвоночника, повреждения спинного мозга.

3. Для повреждений шеи от ударов руками (3 наблюдения) характерно:

- В анамнезе отмечают удары руками в область шеи.

- Жалобы схожи с травмой от ударов тупыми предметами.

- Клинические симптомы и данные непрямой ларингоскопии в меньшей степени выражены, чем от ударов тупыми твердыми предметами с ограниченной поверхностью.

- Летальный исход возможен от рефлекторной остановки сердечной деятельности (рефлекторная смерть). По данным литературы [1, 3, 4] выявляют переломы подъязычной кости и хрящей гортани.

4. Для огнестрельных повреждений (2 наблюдения) характерно:

- Повреждения, несовместимые с жизнью.
- В случае смертельного исхода по данным танатологического отделения Бюро СМЭ на трупах выявляют характерные огнестрельные входные и выходные отверстия с разрушением органокомплекса шеи.

5. Для повреждений от сдавления петлей (1 случай) характерно:

- Развитие механической асфиксии, осложнившейся постасфиктической болезнью.
- В случае смертельного исхода по данным Бюро СМЭ на трупах выявляют характерные следы странгуляционной борозды.

Выводы

Тяжесть повреждения при тупой травме шеи определяется размерами, формой травмирующего объекта и характером травмы, опасностью повреждений смежных органов. Это требует от практических врачей своевременной диагностики, правильной оценки повреждений органов шеи, что позволяет при производстве судебно-медицинской экспертизы провести комплексный анализ травмы органокомплекса шеи.

СОСТОЯНИЕ РЕПРОДУКТИВНОЙ СИСТЕМЫ САМОК БЕЛЫХ КРЫС ПОСЛЕ УПОТРЕБЛЕНИЯ В ПУБЕРТАТНОМ ПЕРИОДЕ ОНТОГЕНЕЗА СЛАБОАЛКОГОЛЬНЫХ РАСТВОРОВ

Ю.Е. Огородова

Научный руководитель: д-р мед. наук Е.Н. Сазонова

ДВГМУ, г. Хабаровск

В литературе описано пагубное действие алкоголя на женскую репродуктивную систему. Особое внимание уделяется вопросу нарушения репродуктивной функции у женщин с хроническим алкоголизмом и развитию алкогольного синдрома плода. Но в литературе мало говорят о влиянии этанола на становление репродуктивной функции девушек препубертатного и пубертатного периодов. Так же крайне мало внимания уделяется проблеме последствий употребления слабоалкогольных напитков.

Вместе с тем, наблюдается рост употребления слабоалкогольных напитков девушками. По данным Калининой А.Г. 67 % женщин, «... состоящих на учете в женских консультациях в связи с нарушением репродуктивной функции, отдают предпочтение слабоалкогольным напиткам, причем в среднем потребление их составляет около 3 л в неделю».

В связи с этим, целью нашего исследования было изучить на экспериментальной модели влияние использования слабоалкогольных растворов на становление репродуктивной функции в пубертатный период онтогенеза.

В работе использовались самки белых крыс линии Wistar. С 30 по 60 сутки самки подопытной группы получали в виде единственного источни-

ка жидкости 6 % раствор этилового спирта. Самки контрольной группы получали питьевую воду в течение всего эксперимента. Питание осуществляли стандартным кормом по потребности.

При этом оценивали динамику массы тела подопытных животных, сроки полового созревания по открытию вагинальной заслонки, показатели эстрального цикла по микроскопии вагинальных мазков.

В возрасте 60 суток животные подопытной группы были переведены на питьевую воду и в дальнейшем раствор этанола не получали. Через 5-6 суток обычного питьевого режима самки контрольной и подопытной группы были ссажены с интактными самцами и было получено потомство.

У потомства оценивали массу тела в периоде новорожденности и некоторые морфологические показатели состояния яичников. Всего в эксперименте участвовало 36 животных.

У животных, получавших этанол в период полового созревания, наблюдалась несколько большая масса тела ($205,6$ г), чем у крыс контрольной группы ($200,6$ г). При этом прибавка массы у подопытных животных составила $121,25$ г, а у животных, употреблявших питьевую воду $114,375$ г.

В возрасте 42 суток у 75 % самок контрольной группы вагинальная заслонка отсутствовала. В группе крыс, получавших раствор этанола, этот показатель составил 50 %. Эти изменения свидетельствуют о задержке полового созревания у животных подопытной группы.

Длительность эстрального цикла у самок опытной группы была немного меньше ($4,29 \pm 0,78$ сут.), чем в контрольной группе ($5,88 \pm 0,48$ сут.). Но при этом эструс у крыс, употреблявших алкоголь, был более продолжительным. Доля дней наблюдений, занятых эструсом, в контрольной группе составила 21,9 %, а подопытной группе – 32,2 %.

После ссаживания с интактными самцами было получено потомство. Масса тела потомства в период новорожденности, родившихся от самок контрольной группы, была достоверно больше ($9,10 \pm 0,29$ г), чем у потомства крыс ($7,52 \pm 0,22$ г), употреблявших раствор этанола до беременности.

Скрининговые исследования морфологии яичников не выявили достоверных отклонений у потомства подопытных животных. Масса яичников в контрольной группе составила $21,10 \pm 1,95$ мг, со средним количеством фолликулов $53,9 \pm 4,32$ в срединном срезе яичника. В группе потомства самок употреблявших этанол средняя масса яичника составила $23,20 \pm 2,47$ мг, среднее количество фолликулов – $52,00 \pm 4,63$.

Столь отдаленные последствия требуют более тщательного морфологического подхода, что планируется провести в дальнейшем. Также мы планируем оценить состояние репродуктивной систем самцов потомства животных, получавших этанол в пубертатном периоде.

Таким образом, результаты проведенного исследования свидетельствуют о существенном влиянии использования этанола в пубертатный период развития на становление репродуктивной системы млекопитающих.

Одними из механизмов наблюдаемых отклонений являются дисгормональные нарушения. Отмена использования этанола не устраняет последствий и наблюдается достоверное снижение массы потомства у самок белых крыс, получавшие малые дозы этанола в период полового созревания до наступления беременности.

СПОСОБ АВТОМАТИЗИРОВАННОЙ ПРОВЕРКИ ЗНАНИЙ ПО НОРМАЛЬНОЙ АНАТОМИИ ЧЕЛОВЕКА С ВАРИАТИВНЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ

В.В. Рязанов, Д.А. Орлова, Ж.А. Саидова

Научный руководитель: А.С. Зверев

Амурская государственная медицинская академия, г. Благовещенск

Знания нормальной анатомии необходимы в повседневной практике для каждого практического врача. Эта наука является фундаментальной для ряда других клинических дисциплин. В учебном процессе студентам необходимо освоить вопросы нормальной анатомии с применением латинской терминологии.

Оригинальность программ. «Тестан-1» основана на размещение меток в виде условных обозначений на образованиях анатомических препаратов с последующей постановкой вопроса на мониторе компьютера в виде латинского название анатомического образования и ответа студента. Знание студента будет оцениваться по пятибальной шкале.

Использование натуральных анатомических препаратов, а не муляжей положительным образом скажется на освоении профессиональных навыков и компетенции будущего врача.

Несомненным достоинством этого метода является простота, удобство и низкая стоимость.

ВЛИЯНИЕ УПОТРЕБЛЕНИЯ СЛАБОАЛКОГОЛЬНЫХ РАСТВОРОВ В ПУБЕРТАТНОМ ПЕРИОДЕ ОНТОГЕНЕЗА НА НЕКОТОРЫЕ МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ГОЛОВНОГО МОЗГА БЕЛЫХ КРЫС

Н.В. Самохвалов

Научный руководитель: д-р мед. наук Е.Н. Сазонова

ДВГМУ, г. Хабаровск

Имеется множество исследований о токсическом воздействии этанола на ЦНС млекопитающих. Мозг организма в подростковом периоде онтогенеза находится в состоянии критической пубертатной перестройки и очень чувствителен к различным повреждающим факторам [Guerri C., Pascual M.,

2010]. В этот возрастной период даже малые дозы этанола способны оказать существенное пролонгированное влияние на состояние ЦНС.

Вместе с тем, в литературе немногочисленны сведения о влиянии на мозг в пубертатный период развития малых доз алкоголя и об отдаленных последствиях такого воздействия. Связи с этим, целью нашего исследования было оценить влияние умеренных доз этанола в пубертатном периоде развития на некоторые морфологические и поведенческие параметры головного мозга белых крыс.

Материалы и методы. В работе использовали белых крыс линии Вистар обоего пола. Животные подопытной группы с 30 по 60 сутки жизни получали 6 % раствор этанола в качестве единственного источника жидкости. Животные контрольной группы в качестве источника жидкости употребляли обычную питьевую воду. Кормление осуществляли сухим стандартным кормом для грызунов. Пищу и воду животные получали *ad libitum*. В возрасте 60 суток крыс-самцов выводили из эксперимента, а крыс-самок ссаживали с интактными самцами для получения потомства. Исследовали морфофункциональные показатели ЦНС как животных, подвергавшихся в пубертатном периоде развития воздействию этанола, так и их потомства.

Функциональное исследование состояния ЦНС животных включало ряд поведенческих тестов: тест отрицательного геотропизма, тест спуска с высоты, вис на горизонтальной проволоке, анализ поведения в «приподнятом крестообразном лабиринте» и «открытом поле». Также было проведено морфологическое исследование мозга: определение абсолютной и относительной массы больших полушарий мозга, оценка параметров ядрышкового аппарата нейронов: подсчет количества ядрышек в нейронах 2 и 5 слое неокортекса собственно теменной доли и поля CA1 гиппокампа при использовании метода окраски гистологических срезов азотнокислым серебром. Всего в эксперименте использовано 71 животное. Статистическую обработку проводили с использованием ППП Statistica 5.0.

Результаты исследования. Половозрелые самцы белых крыс, получавшие с 30 по 60 сутки жизни 6 % раствор этанола, демонстрировали достоверное снижение продолжительности виса на горизонтальной проволоке. В приподнятом крестообразном лабиринте поведение этих животных свидетельствовало о повышении тревожности и снижении исследовательской активности. У животных-самок подопытной группы при проведении теста «спуск с высоты» средняя продолжительность груминга составила $13,12 \pm 3,22$ сек. при полном отсутствии его у контроля, что также указывает на достоверное увеличение уровня тревожности.

Интересно, что нарушения в ЦНС мы наблюдали не только у животных, употреблявших этанол, но и у их потомства, полученного от животных-самок, ссаженных в возрасте 60 суток с интактными самцами. Особенно важно подчеркнуть, что самки во время беременности этанол не по-

лучали. Новорожденное потомство самок белых крыс, получавших с 30 по 60 сутки жизни 6 % раствор этанола, характеризовалось существенным снижением показателя виса на горизонтальной проволоке. В возрасте 30 суток у потомства подопытных самок зарегистрированы достоверные изменения в тесте открытого поля, свидетельствующие о снижении исследовательской активности.

Выявленные поведенческие отклонения имели структурную основу. У животных эксперимента мы наблюдали увеличение абсолютной массы мозга, возможно, связанное с отеком. При анализе результатов подсчета ЯОР было выявлено достоверное снижение среднего количества ядрышек в нейронах 2-го и 5-го слоёв неокортекса и поля СА1 гиппокампа половозрелых самцов белых крыс, получавших с 30 по 60 сутки жизни 6 % раствор этанола. Выявленный эффект свидетельствует об угнетении белок-синтетической функции нейронов.

Таким образом, результаты проведенного исследования свидетельствуют, что употребление 6 % раствора этанола в пубертатном периоде развития приводит к снижению показателей ядрышкового аппарата нейронов головного мозга. Кроме того, регистрируются существенные отклонения в поведенческих реакциях в виде снижения исследовательской активности и повышения тревожности. Следует отметить, что поведенческие отклонения наблюдаются не только у животных, потреблявших этанол, но также у их потомства.

ГАСТРОПРОТЕКТИВНЫЕ ЭФФЕКТЫ ПЕПТИДА PGR И ЕГО АРГИНИНСОДЕРЖАЩЕГО АНАЛОГА В ЭПИТЕЛИИ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ЖЕЛУДКА БЕЛЫХ МЫШЕЙ

И.В. Толстенков, М.Ю. Флейшман, В.В. Брагина

Научный руководитель: д-р мед. наук, доц. М.Ю. Флейшман
ДВГМУ, г. Хабаровск

Регуляторные пептиды играют важную роль в нейроиммуноэндокринной коммуникации клеток организма. Наиболее коротким фрагментом, проявляющим физиологическую активность, является пролилглицилпролин (PGR). Источником образования глипролинов являются эндогенный или поступивший с пищей коллаген или эластин. В литературе имеются данные о биологическом действии глипролинов: им присуща нейропротекторная активность, они обладают гастропротективным эффектом, стимулируют иммунную систему, способны снижать желудочную секрецию кислоты, препятствуют активации тучных клеток при стрессогенных нарушениях.

Сведения о вовлеченности глипролинов в процессы тканевого гомеостаза носят единичный и противоречивый характер. Под влиянием глипролинов имело место угнетение синтеза ДНК в культуре нормальных кератиноцитов человека [Yiwei M.A., et al., 2011]. В нейροцитах крыс в условиях коррекции глипролинами экспериментальной ишемии наблюдали стимуляцию синтеза ДНК [Stavechansky V., et al., 2011].

Ранее проведенные в ЦНИЛ исследования показывают, что присутствие аргинина в структуре опиоидных пептидов – даларгина и седатина является обязательным условием стимуляции синтеза ДНК, а также снижения оксидативного стресса. Остается неизвестным, каким образом это условие распространяется на аргининсодержащие глипролины.

Задачи данного этапа:

1. изучить влияние PGP и его аргининсодержащего аналога на процессы синтеза ДНК;
2. оценить площадь язвенно-эрозивных поражений СОЖ в покровном эпителии слизистой оболочки желудка белых мышей.

Объектом исследования является покровный эпителий желудка белых мышей. Изучалось влияние глипролина, а также его аргининсодержащего аналога.

Площадь язвенно-эрозивного поражения, индуцированного индометацином, определяли с помощью компьютерной морфометрии на установке МЕКОС-Ц. О процессах пролиферации судили на основании автордиографии с ^3H -тимидином – определяли индекс меченых ядер (ИМЯ). При оценке площади язвенно-эрозивного поражения было установлено, что индометацин вызывал деструкцию СОЖ, в среднем, $0,90 \pm 0,18 \text{ мм}^2$. После введения PGP наблюдали тенденцию к уменьшению площади поражения СОЖ. Предварительное введение Arg-GP значительно утяжелило картину гастропатии. Площадь деструкции увеличилась в 4,5 раза и составила $4,11 \pm 0,79 \text{ мм}^2$.

Автордиографическое исследование объясняет некоторые механизмы гастропротективного действия глипролинов. Введение индометацина вызвало достоверное уменьшение ИМЯ, что соответствует данным литературы. Предварительное введение PGP привело к нормализации процессов пролиферации – ИМЯ составил $9,39 \pm 1,26 \%$ и не отличался от показателей контроля. Предварительное введение аргининсодержащего аналога достоверно уменьшило ИМЯ, что может служить одним из объяснений увеличения площади деструкции в этом эксперименте. Обсуждаются возможные пути механизмов гастропротективного действия PGP и цитопатического эффекта Arg-GP.

ПРОИЗВОДСТВО ПОЛИМЕРНОЙ ПЛЕНКИ, СОДЕРЖАЩЕЙ АНТИОКСИДАНТЫ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ОЖГОВЫХ РАН

Чан Мен Хак

Научный руководитель: канд. мед. наук. А.А. Браш

Амурская государственная медицинская академия, г. Благовещенск

В настоящее время, несмотря на высокий процент поступления больных в ЛПУ с ожогами и наличие широкого спектра препаратов, используемых для лечения ожоговых ран, сроки лечения остаются продолжительными, и сохраняется высокий процент осложнений, поэтому мы решили изучить перспективы применения антиоксидантов для лечения ожоговых ран на примере дигидрокверцетина (ДКВ).

Доказано негативное влияние перекисного окисления липидов (ПОЛ) на процессы заживления ожоговых ран и благотворное действие антиоксидантов на этот процесс. Однако для изменения ПОЛ в ране используют препараты общего действия. Для решения данной проблемы нами был предложен метод местного применения антиоксидантов, на примере ДКВ. Принцип данного метода заключается в местном наложении на ожоговую рану полимерного материала содержащего антиоксиданты.

Данное изобретение стало результатом долгосрочной работы по получению устойчивого материала, содержащего антиоксиданты и способного медленно высвобождать его в рану.

В качестве полимерообразователя использовался желатин, а в качестве насыщающего раствора использовался спиртовой раствор ДКВ. Нам удалось получить полимерную пленку с наличием в ней ДКВ, которую мы в дальнейшем стерилизовали под ультрафиолетом.

Проведенные исследования данной пленки на базе производственной аналитической лаборатории «Аметис», свидетельствуют о наличии антиоксидантной активности.

После проведения исследования полимерной пленки на предмет содержания в ней ДКВ и скорости его выделения в рану, был запущен пилотный эксперимент. Для проведения экспериментальной работы было отобрано 24 лабораторных животных, которые были разделены на 4 группы.

В ходе работы животным были нанесены ожоги III степени и в зависимости от их группы были наложены пленки на раны.

На протяжении 19 суток были оценены различные критерии заживления ожоговой раны, и по завершению эксперимента можно сказать о ее высоком лечебном эффекте.

Производство данной полимерной пленки предполагает ее дальнейшую модернизацию, лицензирование и сертификацию.

Производство данной пленки имеет ряд преимуществ и имеет большое количество перспектив для дальнейшего развития, как научного, так и экономического характера.

Заявка на патент по данному изобретению отправлена, получена приоритетная справка.

КОРРЕКЦИЯ ТЕСТИКУЛЯРНОЙ ДИСФУНКЦИИ, ИНДУЦИРОВАННОЙ АДАПТАЦИЕЙ К НИЗКИМ ТЕМПЕРАТУРАМ

О.А. Чередниченко

Научный руководитель: канд. мед. наук, доц. И.Ю. Саяпина
Амурская государственная медицинская академия, г. Благовещенск

Одним из направлений современной экспериментальной репродуктологии является разработка препаратов, корригирующих тестикулярную дисфункцию, возникающую при взаимодействии организма человека и животных с неблагоприятными факторами среды. Значимость данного направления определяется, по меньшей мере, двумя обстоятельствами. Во-первых, за последние десятилетия наблюдается существенное снижение репродуктивной функции у мужчин, что отрицательно сказывается на демографической ситуации в стране. Во-вторых, лечение инфертильных состояний у мужчин осложняется высокой чувствительностью половых клеток даже к неспецифической терапии, включающей адаптогены, витамин Е, поливитамины и микроэлементы.

Наиболее перспективными средствами для коррекции тестикулярной дисфункции являются биологически активные вещества природного происхождения. На сегодняшний день получено большое количество биологически активных веществ из морских гидробионтов, на основе которых разработаны биологически активные добавки (БАД), в том числе и БАД «Моллюскам». Известно, что БАД «Моллюскам» оказывает положительное влияние на факторы врожденного иммунитета, нормализует показатели клеточного и гуморального иммунитета, в геронтологической практике моллюскам применяется для коррекции иммунного статуса и показателей системы перекисного окисления липидов – антиоксидантной системы у людей пожилого возраста. Однако влияние БАД «Моллюскам» на репродуктивную функцию человека или животных изучено не было. В связи с этим цель настоящего исследования – изучить репродуктивную и эндокринную функцию семенников крыс при адаптации организма к низким сезонным температурам на фоне коррекции БАД «Моллюскам».

Экспериментальные животные (40 беспородных белых крыс-самцов) были разделены на три группы: группу контроля составили интактные крысы (n=10), содержащиеся в виварии при температуре 18-20 °С, крысы второй группы (группа сравнения, n=15) и третьей группы (группа коррекции, n=15) охлаждались в климатокамере «ILKA» при температуре -15 °С по 3 часа ежедневно на протяжении 4 недель. Крысы из группы коррекции

ежедневно перед охлаждением получали перорально «Моллюскам» в дозе 10 мг/кг массы тела. Тестикулярную дисфункцию, а также корректирующие эффекты «Моллюскама» оценивали иммуногистохимическими и количественными методами.

Количественная оценка иммуноцитохимической реакции на индуцибельную NO-синтазу показала, что после 4-х недель адаптации в сперматогенном пителии снижается оптическая плотность продуктов реакции ($p < 0,05$), в то время как оптическая плотность продуктов реакции крыс, получавших «Моллюскам», выше, чем у крыс из группы сравнения ($p < 0,05$).

Результаты количественного исследования генеративной активности семенников, показали, что после 4 недель адаптации уменьшается диаметр извитых семенных канальцев, уменьшается относительное количество прелептотенных и пахитенных сперматоцитов, круглых и удлинённых сперматид ($p < 0,05$). На фоне «Моллюскама» отмечается нормализация количественных показателей генеративной активности семенников: в семенниках крыс из группы коррекции относительное количество прелептотенных и пахитенных сперматоцитов, круглых и удлинённых сперматид выше, чем в группе сравнения ($p < 0,05$). Более того, относительное количество прелептотенных сперматоцитов, пахитенных сперматоцитов и круглых сперматид не отличается от одноимённых показателей у интактных крыс, а относительное количество удлинённых сперматид превышает контрольные значения ($p < 0,05$). Диаметр извитых семенных канальцев у крыс из группы коррекции, больше, чем в группе сравнения ($p < 0,05$).

Результаты количественного исследования инкреторной активности семенников, показали, что после 4 недель адаптации в интерстиции семенников уменьшается относительное количество клеток Лейдига ($p < 0,05$), увеличивается диаметр ядра и цитоплазмы клеток Лейдига ($p < 0,05$), что указывает на развитие компенсаторной гипертрофии клеток. На фоне «Моллюскама» относительное количество клеток Лейдига в интерстиции семенников больше ($p < 0,05$), чем в семенниках крыс из группы сравнения. Популяционный состав эндокриноцитов, а также линейные размеры цитоплазмы клеток Лейдига не различаются с показателями интактных крыс. Таким образом, на фоне приема БАД «Моллюскам» эндокринный аппарат семенников функционирует в обычном режиме, обеспечивая организм животных достаточным количеством половых стероидов.

Результаты морфологического и количественного исследования показывают, что моллюскам предупреждает нарушения сперматогенеза, индуцированные адаптацией организма животных к низким сезонным температурам. Таким образом, биостимулирующие эффекты «Моллюскама» предотвращают развитие тестикулярной дисфункции у крыс при адаптации к низким температурам.



Секция акушерства

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ И ДИАГНОСТИКИ ПОСЛЕРОДОВОГО ЭНДОМЕТРИТА

**С.В. Абрамова, Т.К. Парамонова, Н.А. Тюрина,
С.Б. Радынова, Д.А. Зобова**

Научный руководитель: канд. мед. наук, доц. С.В. Абрамова
*Медицинский институт Мордовского
государственного университета имени Н.П. Огарева, г. Саранск*

В последние годы среди послеродовых осложнений лидирующее место занимают инфекционно-воспалительные заболевания, в частности послеродовой эндометрит (ПЭ). В настоящее время наблюдается увеличение числа стертых и атипичных форм, диагностика которых представляет ряд сложностей, что приводит к несвоевременной постановке диагноза, запоздалому назначению адекватного лечения и, как следствие, формированию хронических форм воспалительных заболеваний матки.

Материалы и методы. Нами изучены истории родов 35 родильниц, находящихся на лечении с диагнозом «послеродовой эндометрит» в ГБУЗ РМ «Мордовский республиканский клинический перинатальный центр» г. Саранска. При изучении интересующего нас вопроса учитывались метод родоразрешения, сроки появления первых симптомов, клинические проявления в зависимости от тяжести течения ПЭ, данные лабораторного и ультразвукового исследований.

Результаты и их обсуждение. ПЭ с легким течением имел место у 9 родильниц (25,7 %) в 100 % случаев после самопроизвольных родов через естественные родовые пути. В 40 % случаев (14 родильниц) установлено среднетяжелое и тяжелое течение ПЭ, т. е. почти у половины родильниц, причем из этого числа более половины родоразрешены путем операции кесарева сечения. Стертое течение ПЭ имело место в 34,3 % случаев и только в 11,4 % случаев ПЭ развился после кесарева сечения. При легкой форме ПЭ первые симптомы заболевания появляются на 2-3-и сутки в 77,8 % случаев; при тяжелых и среднетяжелых формах ПЭ – на 2-3-и сутки в 85,7 % и 71,4 % случаев соответственно. У пациенток со стертым течением

ПЭ выявлены первые симптомы на 4-е сутки в 75 % случаев, на 5-6-е сутки в 25 %. Для легкой формы ПЭ характерными проявлениями были: патологический характер лохий (66,7 %), субфебрильное повышение температуры тела (77,8 %). Среднетяжелое и тяжелое течение ПЭ проявлялось в виде патологических лохий и болей внизу живота (85,7 % и 100 % случаев соответственно) на фоне фебрильного повышения температуры тела. При стертом течении ПЭ субфебрильная температура выявлена в 41,7 % случаев, боли внизу живота и патологический характер лохий – в 33,3 % случаев. При изучении картины крови у родильниц с неосложненным течением пуэрперия, стертым и легким течением ПЭ различий не выявлено. У пациенток со среднетяжелым и тяжелым течением ПЭ выявлен лейкоцитоз со сдвигом формулы влево и повышенная СОЭ в 100 % случаев. При изучении проблемы ПЭ проводился подсчет лейкоцитарного индекса интоксикации (ЛИИ). Установлено, что значение ЛИИ на 1-2-е сутки послеродового периода у пациенток с легким и стертым течением ПЭ было практически одинаковым, но имело большую величину по сравнению с контрольной группой. В процессе лечения ПЭ отмечалось снижение ЛИИ у всех пациенток, но значение ЛИИ при стертой и легкой формах ПЭ оставалось больше, чем у родильниц контрольной группы. На 3-и и 5-е сутки послеродового периода родильницам проводилось ультразвуковое исследование матки. При легкой и стертой формах ПЭ отмечалось уменьшение размеров матки к 5-м суткам, но данные показатели больше, чем у родильниц с неосложненным течением пуэрперия. При среднетяжелой форме ПЭ отмечалось уменьшение размеров матки к 5-м суткам, но данные показатели выше, чем у здоровых родильниц (по длине на $17,5 \pm 0,93$ мм, по передне-заднему размеру на $8 \pm 0,4$ мм, по поперечному размеру $10,8 \pm 0,31$ мм, $p < 0,01$). При тяжелой форме ПЭ выявлены наибольшие размеры матки на 3-е сутки (длина составляла $125,6 \pm 1,02$ мм, передне-задний размер $79,1 \pm 0,2$ мм, поперечный размер $119,6 \pm 0,12$ мм, $p < 0,01$). К 5-м суткам отмечалось уменьшение полости матки, но, также как и при среднетяжелой форме ПЭ, размеры матки значительно больше, чем у здоровых родильниц (длины на $17,6 \pm 0,7$ мм, передне-заднего размера на $7 \pm 0,19$ мм, поперечного размера на $14,3 \pm 0,63$ мм, $p < 0,01$).

Выводы. ПЭ после операции кесарево сечение чаще протекает в виде среднетяжелых и тяжелых форм, которые проявляются патологическими лохиями, болями внизу живота, фебрильным повышением температуры. Стертые формы ПЭ составляют более трети всех случаев, характеризуются поздней манифестацией на фоне субфебрильной температуры. ЛИИ при стертой и легкой формах ПЭ выше, чем у здоровых родильниц, даже на фоне лечения. По данным ультразвукового исследования выявлено значительное увеличение полости матки и замедление инволютивных процессов в сравнении со здоровыми родильницами.

СТРУКТУРА ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ В ВОЗРАСТНОМ АСПЕКТЕ

А.А. Верес, Д.А. Семкова, Ю.А. Бородина, К.М. Ковалева

Научный руководитель: канд. мед. наук, доц. Т.П. Князева

ДВГМУ, г. Хабаровск

Актуальность проблемы. Тенденция к неуклонному росту заболеваемости женского населения в стране, неблагоприятная динамика объективных показателей, отражающих состояние здоровья женщин в репродуктивном возрасте, диктуют необходимость переосмысления проблемы репродуктивного здоровья, которое в существующих социально-экономических условиях остается одной из острых медико-социальных проблем. Так, по статистическим данным в период с 2002 по 2013 гг. в структуре рассматриваемых патологий гинекологической заболеваемости первое место занимают на территории Хабаровского края, ДВФО и РФ расстройства менструальной функции, их показатели соответственно составили 944,7, 1 173,9 и 2174,4 на 100 000 женского населения соответствующего возраста соответственно, на втором месте – сальпингоофориты (581,08, 581,08 и 1174,9 на 100 000 женского населения соответствующего возраста соответственно).

Цель работы: изучить структуру гинекологических заболеваний в возрастных аспектах на современном этапе.

Задачи исследования: проанализировать частоту гинекологических заболеваний по возрастам; выявить структуру гинекологической заболеваемости в возрасте до 18 лет, 18-45 лет и старше 45 лет; проанализировать распределение патологии по локализации половых органов.

Материалы и методы исследования: в настоящем исследовании представлены результаты изучения уровня и структуры гинекологической заболеваемости по обращаемости населения за медицинской помощью и медицинских осмотров (1883 человека) в 2013 году в ООО НУЗ «Медицинский центр» и в поликлинику «Клиника семейной медицины» ДВГМУ с определением повозрастных особенностей развития различных заболеваний репродуктивной системы. Статистическая обработка материала с помощью критерия Стьюдента.

Полученные результаты. Всего было обследовано 1 883 женщины разных возрастных категорий: до 18 лет – 25 женщин (1,33 %); от 18 до 45 лет – 1014 (53,85 %) и старше 45 лет – 844 женщины (44,82 %). Уровень гинекологической заболеваемости среди обследованных в возрасте до 18 лет составил 64 %; в возрасте от 18 до 45 лет и старше 45 лет 59 % и 57,2 % соответственно.

В структуре гинекологической заболеваемости у пациенток в возрасте до 18 лет преобладали эрозия шейки матки и нарушение менструального цикла (ДМК, аменорея) в 37,5 % случаев; воспаление придатков отмечены

у каждой 4 пациентки данной возрастной группы. У пациенток в возрасте от 18 до 45 лет чаще отмечались эрозия шейки матки (41,6 %); заболевания молочных желез (22,1 %) миома матки (11,4 %). В группе пациенток в возрасте старше 45 лет в структуре заболеваемости преобладали заболевания молочных желез (40,2 %), миома матки (35,2 %) и выпадение внутренних половых органов различной степени (11,8 %).

Распределение патологии по локализации половых органов от всех случаев заболеваний: заболевания молочных желез составило 29,7 %; эрозия шейки матки – 24,6 %; миома матки – 21,7 %; выпадение внутренних половых органов различной степени – 6,4 %; новообразования придатков – 5,9 %; аденомиоз – 4,6 %; воспаление придатков – 4,4 %; нарушение менструального цикла – 1,6 % и полип шейки матки – 1,0 %.

Обсуждения. Таким образом, у пациенток в возрасте до 18 лет с учетом физиологических особенностей (созревание и становление гипоталамо – гипофизарно – яичниковой системы и частой сменой половых партнеров), наиболее часто в структуре гинекологической заболеваемости являются нарушения менструального цикла и эрозия шейки матки. На втором месте среди частоты гинекологической заболеваемости находятся женщины репродуктивного возраста от 18 до 45 лет. В данной возрастной группе имеются следующие физиологические особенности репродуктивной системы: начало половой жизни, большое число половых партнеров, инфицирование различными возбудителями инфекций, ранние беременности, в том числе и заканчивающиеся абортами, рост числа случаев заболеваний шейки и тела матки. В связи с этим у данной категории женщин преобладают заболевания шейки, тела матки и молочных желез. У женщин постменопаузального периода (старше 45 лет) из физиологических особенностей функционирования репродуктивной системы характеризуется общим угасанием женской половой системы, при котором женский организм продолжает терять эстрогены. Поэтому в этом возрасте часто значительно повышается частота опухолевых процессов (преимущественно заболевания молочных желез и миома матки), так и выпадение внутренних половых органов.

Выводы

Отсутствие стратегии ведения женщины от ее внутриутробного развития до старости приводит к неправильной трактовке существующих возрастных проблем репродукции, не определены причинно-следственные взаимоотношения формирования соматического, репродуктивного здоровья и качества жизни в пубертатном, репродуктивном и менопаузальном периодах. Коррекция выявленных нарушений, основанная на определении взаимоотношений систем организма, ответственных за его репродуктивную функцию, позволит улучшить ее состояние в различные возрастные периоды, уменьшить репродуктивные потери.

СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ ГОТОВНОСТИ К МАТЕРИНСТВУ У СОВРЕМЕННОЙ ЖЕНЩИНЫ

Е.В. Когай, А.В. Котельникова, Ю.В. Синявская

Научный руководитель: Т.И. Власова

ДВГМУ, г. Хабаровск

Материнство является социальной ролью женщины, а конкретные модели материнства постоянно претерпевают изменения, соответствующие изменениям в самих общественных отношениях, следовательно, изменяется отношение женщины к своей роли матери.

С точки зрения исследователя материнства Матвеевой Е.В. основной детерминантой материнского поведения является степень психологической готовности к материнству. Позиция автора состоит в том, что успешность выполнения материнских функций и качество материнской позиции зависят от психологической готовности женщины к материнству.

Большинство авторов [Брутман В.И., Батуев А.С., Винникот Д.В., Минюрова С.А.], исследующих проблему готовности к материнству, считают, что готовность к материнству формируется на протяжении всей жизни.

Изучение психологической готовности к материнству продиктовано противоречием между остротой демографических проблем и не разработанностью социальной и психологической помощи семье и в первую очередь женщине.

Цель нашего исследования – изучение социальной и психологической готовности к материнству на этапах наблюдения беременной и родильницы.

Объектом исследования являются беременные женщины и родильницы различных возрастов, социального статуса и с индивидуально-личностными особенностями каждой.

Методы исследования: метод анкетирования и интервьюирования, метод статистической обработки.

В качестве основного исследовательского метода были применены специально разработанные анкеты.

Настоящее исследование было проведено на базе КГБУЗ «Родильный дом № 1» , «Родильный дом № 4» , «Женская консультация № 1», «Женская консультация № 3» в период за июнь-сентябрь 2013 год.

В ходе исследования нами была опрошена 271 женщина, из которых 117 беременных и 154 родильницы.

По данным анкетирования анализ проводился по двум основным критериям, положенным в основу работы: 1 – социальный статус, 2 – психологическая готовность к материнству.

Анализируя возрастную структуру, можно отметить, что преобладающие 40 % составляют женщины в возрасте от 26 до 30 лет, 34 % в возрасте 16-25 лет и оставшаяся треть – старше 30 лет.

57 % опрошенных женщин имели высшее образование, 20 % среднее специальное, 13 % среднее и 10 % неполное высшее.

Большая часть женщин оценила свое материальное состояние как среднее (87 %).

Важный фактор в сохранении репродуктивной функции женщины – состояние ее здоровья. И хотя многие наши пациентки считают себя здоровыми (71 %) – это довольно субъективная оценка своего состояния, т. к. большинство женщин до беременности регулярно у врачей не обследовались (57 %), регулярные медицинские осмотры проходили женщины (43 %).

В анкетированном опросе беременным (117 человек) предлагалось ответить на конкретный вопрос – сколько детей хотелось бы им иметь в семье, 58 % предпочли иметь двоих детей, 26 % – троих.

Положительным моментом в репродуктивном здоровье женщин является планирование беременности. 67 % респонденток отметили, что планировали данную беременность, 33 % не планировали.

Психологический портрет беременной женщины достаточно многогранен, подвержен современным тенденциям социальной среды, но мотивирован на более высокий уровень отношения к собственной беременности и будущему ребенку.

На основании вышеперечисленных методик мы доказали, что степень социально-психологической готовности к материнству находится в прямой зависимости от социальной ориентации женщин, состояния ее репродуктивного здоровья, успешной адаптации и мотивации к беременности.

С другой стороны мы исследовали также влияние самой беременности на психо-эмоциональное состояние женщины и подтвердили, что у большинства женщин сформировалось адекватное отношение к собственной беременности и здоровью будущего ребенка, т. е. переживания женщины во время беременности проецировались на глубинные внутренние процессы формирования так называемой доминанты беременности.

Выявлен также вопрос эмоциональной наполненности и изменения стиля жизни после рождения ребенка.

**СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА МИКРОБНОГО
ПЕЙЗАЖА ВЛАГАЛИЩА И РОТОВОЙ ПОЛОСТИ У ЖЕНЩИН
В ТРЕТЬЕМ ТРИМЕСТРЕ БЕРЕМЕННОСТИ**

**А.В. Котельникова¹, Г.Б. Акперова¹, Н.В. Стрельникова¹,
М.Ю. Бобровникова², Т.И. Юрасова³, Е.В. Вдовина³**

Научные руководители: д-р мед. наук, проф. Е.А. Юрасова,
канд. мед. наук, доц. Н.В. Стрельникова

¹*ДВГМУ,*

²*КГБУЗ «ГКБ № 10»,*

³*Лицей инновационных технологий, г. Хабаровск*

Согласно приказу Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 2 октября 2009 г. № 808 « Об утверждении Порядка оказания акушерско-гинекологической помощи» в период диспансерного наблюдения женщин во время беременности осмотр врачом-стоматологом должен производиться не менее трёх раз. В связи с этим, целью нашего исследования было анкетирование женщин на предмет личной гигиены, а также изучение и сравнение структуры микробиома органов репродуктивной системы (заднего свода влагалища) и ротовой полости (корня языка) женщин в третьем триместре беременности. Материалы и методы исследования: в ходе исследовательской работы, которая проводилась в течение 2013–2014 года на базе КГБУЗ « Родильный дом № 1», женской консультации Центрального района и бактериологической лаборатории КГБУЗ ККБ № 1 имени профессора С.И. Сергеева, где нами проводилось анкетирование и одновременно забор материала из влагалища и поверхности корня языка у беременных женщин. В исследовании приняли участие женщины в сроке беременности от 30-40 недель, посетившие женскую консультацию в рамках диспансерного наблюдения. Идентификация микробного пейзажа проводилась по стандартным бактериологическим методикам. Чувствительность к антибиотикам определялась диско-диффузным методом на среде Мюллера-Хинтона. Результаты: всего нами было исследовано 40 женщин, средний возраст которых составил $27 \pm 3,5$ лет. Анкетирование показало, что в зарегистрированном браке оказалось 25 (62,5 %) беременных, в гражданском – 15 (37,5 %). Высшее образование имеют 29 (72,5 %) исследуемых женщин, средне-специальное – 11 (27,5 %). Также стало известно, что для 32 (80,0 %) исследуемых женщин беременность явилась планируемой, в результате чего ранней явкой в женскую консультацию могут «похвастаться» 33 (82,5 %) исследуемых. Что касается ухода за полостью рта, то большинство беременных стараются тщательно следить за гигиеной ротовой полости, например: 33 (82,5 %) чистят зубы более 2-3 раз в день. Зубной нитью пользуются 33 (82,5 %) беременных, ополаскивателем для полости рта – 38 (95,0 %) женщин. Также в ходе обработки статистических данных стало известно, что один раз в месяц зубную щётку меняют – 15

(37,5 %) женщин; раз в три месяца – 22 (55,0 %), остальные просто не помнят этот факт. Последний визит к стоматологу накануне беременности совершили 13 (32,5 %) женщин, полгода назад – 11 (27,5 %) исследуемых, за год до наступления беременности – 10 (25,0 %) и более 2 лет – 6 (15,0 %) женщин. При оценке акушерского статуса было выявлено, что выкидыши были зарегистрированы в 7 (17,5 %) случаях, медицинские аборт – у 15 (37,5 %), замершие беременности – у 3 (7,5 %), внематочные беременности – у 4 (10,0 %) женщин. Среди воспалительных заболеваний репродуктивной системы имели место: цервицит – у 18 (45 %) исследуемых, вагинальный кандидоз – у 17 (42,5 %), неспецифический вагинит – 12 (30 %) беременных, эрозия шейки матки – 14 (35,0 %), воспаления придатков матки – 5 (12,5 %) женщин. Из грамотрицательной микрофлоры в мазках из влагалища и корня языка превалировала *E. coli* – у 10 (25 %) женщин. Данный вид микроорганизма оказался наиболее чувствительным к эртапанему, цефепиму, цефтазидину, цефтриаксону, амоксиклаву – в 100 % случаев. Из грамположительной микрофлоры чаще всего выделялись: *Staphylococcus epidermidis* – у 8 (20 %) женщин, *Staphylococcus aureus* – 12 (30 %) пациенток. Данные штаммы микроорганизмов оказались чувствительны к ципрофлоксацину, оксациллину, эртапанему, цефепиму, амикацину. *Enterococcus faecalis* был обнаружен у 18 (45 %) женщин и *Enterococcus faecium* – у 13 (32,5 %). Данные виды микроорганизмов были наиболее чувствительны к ципрофлоксацину, ванкомицину, амоксиклаву, имипенему – в 100 % случаев. Из представителей грибов рода *Candida* наиболее часто встречались *C. albicans* у 13 (32,5 %) женщин и *C. non albicans* (*C. kruzei* и *C. tropicalis*) – у 6 (15,0 %) беременных. Наибольшую чувствительность грибы проявляли к сертоконазолу, итра/тиоконазолу, кетоконазолу – в 100 % случаев. В ходе проведенных исследований были получены следующие результаты: полное совпадение результатов посева материала из ротовой полости и заднего свода влагалища составили у 38 (95 %), а несовпадение зарегистрировано – у 2 (5,0 %) женщин. Выводы: выявление микроорганизмов нормофлоры кишечника человека в несоответствующих им биотопах полости рта и вагины может свидетельствовать о недостаточном уровне личной гигиены беременной. Поэтому необходимо включать проведение с женщинами дополнительных занятий в рамках программы «Школы будущих матерей». Одновременное выделение у исследуемых из биотопов полости рта и вагины схожих в 95 % видов бактерий может послужить основанием для микробиологического исследования полости рта беременных для косвенных выводов о состоянии микробиома вагины.

АНАЛИЗ СЛУЧАЕВ АНТЕНАТАЛЬНОЙ ГИБЕЛИ ПЛОДА ПО ДАННЫМ КГБУЗ «ГБ № 11»

А.А. Лунина, Е.В. Василенко, М.А. Нестерова

Научный руководитель: д-р мед. наук, проф. И.А. Блощинская
ДВГМУ, г. Хабаровск

Актуальность. Основной задачей современного акушерства является снижение числа репродуктивных потерь, и актуальность антенатальной гибели плода не вызывает сомнения, являясь одной из основных составляющих перинатальной смертности – 77,9 %. Целью нашей работы явилось оценка наиболее значимых факторов риска в структуре антенатальной гибели плода.

Материалы и методы исследования. Для решения поставленной цели нами проведено статистическое исследование по материалам 76 историй родов обсервационного родильного дома КГБУЗ «Городская больница № 11» г. Хабаровска. Из них 36 историй родов с антенатальной гибелью плода (основная группа – ОГ), 40 историй с неосложненным течением беременности и срочными родами (группа сравнения – ГС).

Факторами риска антенатальной гибели плода со стороны матери являются: отягощенный соматический анамнез, наличие значительного числа воспалительных гинекологических заболеваний, неблагоприятные исходы предыдущих беременностей (аборты, выкидыши), тромбофилии, эндокринопатии, рецидивирующая угроза прерывания текущей беременности. Факторы риска антенатальной гибели плода со стороны плода и плаценты: мезенхимальная дисплазия плаценты, преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты (ПОНРП), инфаркт более 10 % плаценты, хромосомные аномалии, предлежание плаценты, истинный узел пуповины со странгуляцией.

Полученные данные. Средний репродуктивный возраст женщин по данным исследования составил 25 ± 3 лет, что соответствует нормальному детородному возрасту. Средний возраст начала менструации: в ОГ – 14 ± 2 лет, в ГС – 13 ± 2 лет. Средний возраст полового дебюта в обеих группах – 17 ± 2 лет. Процент женщин с высшим образованием был $41,7 \pm 1,2$ % в ОГ и $52 \pm 1,5$ % в ГС. В браке состояло $52,7 \pm 2,1$ % женщин из ОГ и $57 \pm 1,2$ % женщин из ГС. $66,7 \pm 1,5$ % женщин из ОГ и $44,4 \pm 0,4$ % женщин из ГС имели вредные привычки во время беременности в виде курения. Наркотическая зависимость была выявлена только в ОГ и составила $2,7 \pm 1,5$ %.

Наличие отягощенного акушерского анамнеза (ОАА – в виде абортов, самопроизвольных выкидышей) было выявлено в ОГ у $58, \pm 1,3$ % женщин и у $2,7 \pm 0,9$ % женщин ГС ($p < 0,001$).

Заболевания воспалительного генеза (цервицит, вагинит, эндометрит) имеют $28,9 \pm 1,3$ % женщин из ОГ и $17,5 \pm 1,4$ % женщин из ГС.

Во время настоящей беременности в стационаре наблюдационного роддома были обследованы все женщины (100 %) из 2 групп. Наличие инфекции было выявлено у женщин из ОГ в $33 \pm 0,9$ % случаев. Во время беременности ОРВИ перенесли $41,1 \pm 0,5$ % женщин из ОГ, в ГС данный показатель в 2,5 раза ниже и составил $15,8 \pm 0,9$ % ($p < 0,001$). Осложнение течения ОРВИ в виде пиелонефрита было выявлено у $15,3 \pm 1,3$ % у женщин в ОГ и $5,3 \pm 0,5$ % у женщин из ГС ($p < 0,001$).

Среди осложнений гестационного периода на первом месте по частоте встречаемости был выявлен гестоз в $28,2 \pm 1,2$ % случаев у женщин из ОГ и $2,6 \pm 0,8$ % у женщин из ГС ($p < 0,001$).

При анализе историй родов у женщин в ОГ, была выявлена антенатальная гибель плода на следующих сроках гестации: 20-24 нед. – $11,1 \pm 0,9$ % (4 случая); 29-30 нед. – $11,1 \pm 1,3$ % (4 случая); 30-34 нед. – $36,1 \pm 0,3$ % (13 случаев); 37-40 нед. – $36,1 \pm 1,2$ % (13 случаев); 41-42 нед. – $5,5 \pm 1,1$ % (2 случая).

Необходимо выделить основные причины мертворождаемости:

- фетоплацентарная недостаточность составляет $58 \pm 1,1$ %;
- множественные врожденные пороки развития (МВПР) – $36,1 \pm 1,3$ %;
- прочие причины – $16 \pm 0,9$ %.

Выводы. Таким образом, факторами высокого риска акушерско-гинекологической патологии являются: ОАА ($p < 0,001$); заболевания воспалительного генеза ($p < 0,001$). Значимыми факторами риска является осложнение течения ОРВИ ($p < 0,001$). Среди осложнений гестационного периода часто встречается гестоз и заболевание почек. Наиболее опасным периодом гестации является период после 30 недель беременности ($80 \pm 0,9$ %).

Ранняя диагностика признаков фетоплацентарной недостаточности и своевременное лечение инфекционных заболеваний могут оказать значительное влияние на исход настоящей беременности.

АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ НАБЛЮДЕНИЯ ЗА БЕРЕМЕННЫМИ ЖЕНЩИНАМИ НА АМБУЛАТОРНОМ ЭТАПЕ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СТЕПЕНИ ПЕРИНАТАЛЬНОГО РИСКА

И.Ю. Никоноркина, Ю.А. Малицкая

Научный руководитель: д-р мед. наук, проф. Т.Ю. Пестрикова

ДВГМУ, г. Хабаровск

Согласно приказу Минздрава России от 12 ноября 2012 г. №572н об утверждении порядка оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)» в женской консультации осуществляется диспансерное наблюдение беременных женщин. Наблюдение в женской

консультации позволяет выявить отклонения в течение беременности, провести профилактику и лечение, что дает надежды на завершение беременности нормальными родами и рождением здорового малыша. По современным данным перинатальная смертность в РФ остается высокой (9,98 ‰, 2012), а в ДФО этот показатель еще выше (12,33 ‰, 2012).

На основании вышеизложенного мы решили проанализировать работу амбулаторной службы по оказанию помощи беременным женщинам.

Под нашим наблюдением находилось 200 беременных женщин, состоявших на диспансерном учете в женской консультации № 1 г. Хабаровска с января по декабрь 2012 года.

По возрастному составу беременные женщины были распределены следующим образом: в возрасте до 20 лет – 14 (7 %) женщин; в возрасте с 21 года до 35 лет – 166 (83 %) женщин; старше 35 лет – 20 (10 %). В зависимости от степени перинатального риска нами была выделена группа сравнения (ГС) и две основных группы (ОГ-1 и ОГ-2). В группу сравнения были включены 45 (22,5 %) женщин, у которых степень перинатального риска составила 2-4 балла. В ОГ-1 вошли 104 (52 %) женщины, у которых степень перинатального риска была от 5 до 10 баллов (средний риск). В ОГ-2 включили 51 (25,5 %) женщину с высокой степенью перинатального риска (более 10 баллов). У беременных ГС частота соматической и гинекологической патологии была достоверно ($p < 0,001$) ниже по сравнению с аналогичными показателями в ОГ-1. Достоверной разницы с аналогичными показателями в ОГ-2 получено не было. Показатель ранней явки составил в ГС – 21 %; ОГ-1 – 43 %; ОГ-2 – 16,5 %. Полученные результаты говорят об отсутствии достоверной разницы между данными ГС и ОГ-2. В процессе диспансерного наблюдения у беременных были выявлены следующие осложнения гестационного периода : частота невынашивания беременности составила в ГС – 8 %, ОГ-1 – 27 % ($p < 0,001$), ОГ-2 – 12,5 % ($p < 0,05$). Воспалительные заболевания (цервицит/вагинит) были выявлены в ГС в 20 %, ОГ-1 в 37 % ($p < 0,001$); ОГ-2 в 22 %. Анемия была выявлена в ГС в 15 %; в ОГ-1 – 31,5 % ($p < 0,001$); ОГ-2 – 20 %. Частота плацентарной недостаточности составила в ГС 11,5 %, в ОГ-1 – 25,5 % ($p < 0,001$); в ОГ-2 – 11 %.

Анализ назначаемой профилактической и лечебной терапии пациенткам показал, что при ранней явке женщинам в 100 % случаев были назначены витаминные комплексы: фолиевая кислота, йодомарин, магнеВ6. При проведении лечебных мероприятий обусловленных наличием воспалительных заболеваний наиболее часто использовались свечи гексикон (34,5 %), клионД (21,5 %). При выявлении хламидийной инфекции, уреаплазмоза или микоплазмоза в титрах выше нормы и при наличии воспалительной реакции был использован препарат джозамицин. В качестве вспомогательной иммуномодулирующей терапии использовались индукторы иммуноглобулинов (генферон, виферон) в дозировке соответствующей

сроку беременности. Лечение угрозы прерывания беременности проводилось в условиях стационара. Амбулаторно женщинам при невынашивании беременности в сроке гестации до 16 недель в 98 % случаев назначался дюфастон, и в 2 % утрожестан. Для лечения плацентарной недостаточности преимущественно применялись эссенциале, курантил N, фраксипарин, витамины как в условиях стационара, так и амбулаторно.

Для лечения анемии применяли препараты железа сорбифер (68 %) или феррум лек (32 %). На протяжении всей беременности женщины принимали йодомарин и витамины.

Проанализировав исходы родов нами были получены следующие данные: беременность завершилась нормальными родами в срок в ГС у 16,5 % женщин; ОГ-1 у 37,5 %, ОГ-2 – 15 % ($p>0,001$). Преждевременных родов в ГС не было, в ОГ-1 и ОГ-2 по 3 % соответственно; оперативным путем роды завершены в ГС в 5,5 %; ОГ-1 – 11 % ($p<0,001$); ОГ-2 – 8,5 %.

Таким образом, анализ представленных данных показал, что достоверно чаще на диспансерном наблюдении находятся женщины со средним и высоким перинатальным риском. Наиболее частые осложнения беременности были воспалительные заболевания (79 %), анемия (66 %), угроза прерывания беременности (47,5 %), плацентарная недостаточность (48 %). Достоверно реже эти осложнения встречались у женщин с низким перинатальным риском. Соответственно выявляемым осложнениям среди назначаемых препаратов достоверно чаще применялись антимикробные препараты как системные (36 %), так и местные (100 %), антианемические препараты (100 %), витаминно-минеральные комплексы (100 %).

СПОСОБ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ ПЛАЦЕНТАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН С ПОЗДНИМ МЕНАРХЕ С ПОМОЩЬЮ МЕТОДА ДИСКРИМИНАНТНОГО АНАЛИЗА

К.К. Петрова, М.И. Лапина

Научный руководитель: Н.Н. Штель

Амурская государственная медицинская академия, г. Благовещенск

Данный метод может быть использован в прогнозировании плацентарной недостаточности у беременных женщин с поздним менархе. Первичная аменорея в общей популяции у девочек-подростков достигает 8-10 %. Она характеризуется отсутствием менструаций у девушек, достигших 16-летнего возраста. У беременных женщин с поздним менархе, по нашим данным, плацентарная недостаточность встречается в 2,4 раза чаще, чем у беременных женщин с нормальным становлением менархе.

Одной из причин осложнений беременности и родов у женщин с поздним становлением менархе является нарушение плацентации с ранних

сроков гестации, учитывая изменение гормонального статуса, состояние эндометрия и нарушение кровоснабжения матки и яичников.

Предлежание хориона является косвенным эхографическим признаком первичной плацентарной недостаточности.

Нами предложен способ прогнозирования плацентарной недостаточности у беременных женщин с поздним менархе с помощью метода дискриминантного анализа.

Результатом данного способа является прогнозирование плацентарной недостаточности у беременных женщин с поздним менархе по эхографическому измерению расстояния нижнего края плаценты до внутреннего зева с помощью метода дискриминантного анализа.

Прогнозирование включает эхографическое измерение расстояния нижнего края плаценты до внутреннего зева у беременных женщин с поздним менархе по сравнению с группой беременных женщин с нормальным становлением менархе и вычисление дискриминантной функции с помощью метода дискриминантного анализа.

Эхографическое измерение расстояния нижнего края плаценты до внутреннего зева проведено у 65 беременных женщин с поздним менархе при сроке беременности 10-14 недель (основная группа). Группу сравнения составили 30 беременных женщин с нормальным становлением менархе. Предлежание хориона при эхографическом исследовании визуализировано у 31 (47,7 %) беременных женщин основной группы, в группе сравнения в 2,8 раз реже ($p < 0,05$).

Первичная плацентарная недостаточность диагностирована у 5 (7,7 %) беременных основной группы, хроническая – у 31 (47,7 %), что в 2,4 раза чаще, чем у беременных женщин с нормальным становлением менархе.

Следует отметить, что у всех беременных с предлежанием плаценты при эхографическом исследовании, выявлено более раннее развитие плацентарной недостаточности.

С целью прогнозирования развития плацентарной недостаточности у беременных с поздним менархе по эхографическому измерению расстояния от нижнего края плаценты до внутреннего зева (РПл) нами разработано дискриминантное уравнение.

$$D = 24,462 \cdot \text{РПл (см)},$$

где D – дискриминантная функция с граничным значением 67,29. При достижении значения D больше или равного 67,29 прогнозируется физиологическое течение беременности, при D меньше, чем 67,29 можно прогнозировать развитие плацентарной недостаточности у беременных с поздним становлением менархе. Эффективность прогнозирования составила 71,8 %.

Таким образом, у беременных женщин с поздним менархе, по нашим данным, плацентарная недостаточность встречается в 2,4 раза чаще, чем у беременных женщин с нормальным становлением менархе.

Использование данного способа прогнозирования плацентарной недостаточности у беременных женщин с поздним менархе позволяет своевременно диагностировать нарушение плацентации, провести патогенетическое лечение и профилактику плацентарной недостаточности на более ранних сроках беременности, что способствует снижению частоты осложнения беременности, родов и улучшению перинатальных исходов.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЭМБОЛИЗАЦИИ МАТОЧНЫХ АРТЕРИЙ ПРИ ЛЕЧЕНИИ МИОМЫ МАТКИ

Э.В. Смирнова

Научный руководитель: канд. мед. наук, доц. В.А. Пушкарь
ДВГМУ, г. Хабаровск

Миома матки (ММ) в структуре гинекологических заболеваний занимает 30-51 %; в 44 % случаях она сочетается с эндометриозом, в 40-76 % с гиперплазией эндометрия в силу общих механизмов патогенеза.

В условиях неблагоприятной демографической ситуации в стране заболевание имеет важное медико-социальное значение: в последние годы отмечается рост заболеваемости у молодых женщин и девушек-подростков для которых радикальные хирургические методы лечения (гистерэктомия, доля которой составляет 70 %), расценивается как трагедия, лишаящая их возможности реализовать функцию материнства. Ситуация усугубляется высокой частотой бесплодия у женщин с ММ (55,3 %), а частота благополучного наступления и вынашивания беременности составляет всего у 4 %. Задачам сохранения фертильности недостаточно полно отвечает и медикаментозный (гормональный) метод лечения, в связи с чем эмболизация маточных артерий (ЭМА) приобретает все большую популярность, как щадящий и эффективный, органосохраняющий метод лечения ММ у женщин, включая пациенток, планирующих беременность.

Метод эмболизации маточных артерий внедрен в Дорожной клинической больнице на станции Хабаровск-1 в 2008 году.

Целью исследования явилось оценить эффективность метода селективной эмболизации маточных артерий (ЭМА) при лечении женщин, страдающих миомой матки.

Материалы и методы. Работа основана на результатах комплексного обследования и лечения больных с миомой матки, пролеченных на базе гинекологического отделения НУЗ «Дорожная клиническая больница на станции Хабаровск-1 ОАО «РЖД» за период: с 06.10.2009 года по 20.02.2014 года. Проведено проспективное наблюдение в течение 5 лет 117 пациенток, которым была выполнена селективная билатеральная ЭМА. Показаниями к ЭМА были клинически значимые миомы матки в 100 % случаев (117/117).

Пролечено 117 женщин в возрасте: 25-35 лет – 49,57 %; 35-40 лет – 50,42 % женщин. Средний возраст больных составил $35 \pm 2,0$ лет. Длительность заболевания менее 1 года отмечена у 31,62 % пациенток; от 1 года до 5 лет – 46,15 %; от 5 до 10 лет – 14,52 %; от 10 и более лет – 7,69 %. Удельный вес рожавших женщин составил 84 пациентки ($71,79 \pm 1,2$ %).

Всем больным проводилось стандартное предоперационное обследование: УЗИ органов малого таза для уточнения величины и расположения миоматозных узлов; особенностей М-эха; оценки состояния яичников. С помощью ЦДК изучали гемодинамику маточных и опухолевых сосудов с определением индекса резистентности (ИР), индекса пульсации (ИП) и максимальной скорости кровотока (V_{\max}). Лабораторные методы включали клинические анализы крови и мочи, биохимический анализ крови, гемостазиограмму, исследование крови на ИППП, онкомаркеры: СА 125, СА 19-9, СЕА, АПФ.

Целью эмболизации явилось достижение полной окклюзии сосудистого русла миоматозных узлов путем введения эмболизата. Операция проводилась в плановом порядке в рентгенооперационной, с использованием аппарата «INOVA» фирмы «General Electrics» стандартным односторонним доступом по методике Сельдингера. В качестве эмболизата применялся синтетический материал – поливинилалкоголь (PVA, размерами от 355 до 710 микрон).

Длительность процедуры составила 35-45 минут, редукция кровотока в узлах составила 100 %, что объясняется особенностями ангиоархитектоники сосудов малого таза у женщин. Болевой синдром после операции имел место: от слабых тянущих болей в нижних отделах живота у $64,10 \pm 2,0$ % пациенток до умеренно выраженных у $23,07 \pm 1,2$ %. Сильные, схваткообразные боли отмечались у $12,82 \pm 1,0$ % женщин. Боли купировались НПВП или наркотическими средствами. В послеоперационном периоде женщины получали антибиотики широкого спектра действия, обильное питье и ограничительный режим для профилактики постэмболического синдрома. Средняя длительность лечения в стационаре составила 3,5 дня.

Результаты исследования и обсуждение. Положительную динамику течения заболевания отметили 90 % женщин: кальцинация миоматозного узла наступила у 22,7 % из них, апоптоз узлов у 61,2 %, миграция миоматозных узлов у 6,1 % женщин. Регресс опухоли, подтвержденный данными УЗИ через 6 месяцев после ЭМА, отметили 92 % женщин. Наилучшие результаты были отмечены у женщин, которые имели локализацию узлов в толще миометрия (более интенсивное кровоснабжение, снижением доли соединительной ткани). Ни у одной из опрошенных женщин, не отмечено прогрессирования анемии, ГПЭ, аденомиоза, рецидива роста ММ.

Выводы. ЭМА является высокоэффективным, органосохраняющим методом лечения ММ, сохраняющим репродуктивную функцию у женщин,

доказательно нормализующий гормональный фон, положительно влияющий на течение аденомиоза, бесплодия, невынашивания беременности, имеет перспективы использования в акушерстве и гинекологии, улучшая качество жизни у женщин.

КОНТРАЦЕПЦИЯ. ВЗГЛЯД СОВРЕМЕННОЙ МОЛОДЕЖИ

С.А. Стафеева

Научный руководитель: д-р мед. наук, проф. Е.А. Юрасова

ДВГМУ, г. Хабаровск

Актуальность. Сексуальная активность в подростковом возрасте (в браке или вне его) подвергает подростков риску возникновения проблем сексуального и репродуктивного здоровья. Сюда включаются ранние (непреднамеренные или иные) беременности, небезопасный аборт, ИППП, включая ВИЧ, а также сексуальное принуждение и насилие. Наилучший метод предохранения от беременности у сексуально активных подростков и молодежи – воздержание от сексуальных контактов. 37 % девушек и 29 % юношей знают об этом, но в возрастной период 15-19 лет число сексуально активных подростков увеличивается с 5,6 % для девушек и 19,7 % для юношей до 81,7 % для лиц обоего пола (Савельева И.С., 2005). Среди молодежи широко распространены различные мифы о способах предохранения от нежелательной беременности. Так, в некоторых странах большая часть (например, 50 % в России) опрошенных отнесли прерванный половой акт к высокоэффективным методам защиты (Сафина Э.М., 2013). В связи с вышеизложенным, целью нашего исследования было оценить уровень знаний о применяемых методах контрацепции у молодежи. Данное исследование проводилось среди студентов старших курсов ДВГМУ (6-й и 4-й курсы лечебного факультета, клинические ординаторы) и ТОГУ (4-й курс экономического факультета) г. Хабаровска. Возраст учащихся составил 20-25 лет. Метод исследования – анкетирование (анонимное).

Полученные результаты. Среди исследуемых юношей было 22 % (44 чел.), девушек – 78 % (156 чел.). Из них в браке состояли 20 % (40 чел.) опрошенных. На вопрос «с какого возраста можно начинать половую жизнь?» 59 % (117 чел.) ответили, что лучше после 18 лет; 37 % (72 чел.) – 16 до 18 лет; с 14 до 16 лет – 3,5 % (7 чел.); раньше 14 лет – 1,5 % (3 чел.). 93 % (186 чел.) исследуемых считают обсуждение вопроса о контрацепции достаточно востребованной и актуальной. По данным III Международного конгресса по репродукции (2011) в России каждая женщина делает 2,1 аборта в течение жизни. В нашем исследовании 12 человек (6 %) имели в анамнезе прерывание беременности, причем 8 из них были студентами ТОГУ. Из всех опрошенных старшекурсников 11 % (22 чел.) респондентов не живут половой жизнью, 77 % (154 чел.) имеют одного полового партне-

ра, 4,5 % (9 чел.) имеют 2-х половых партнеров, а 7,5 % (15 чел.) ответили, что имеют более 2 партнеров в настоящий момент. Большая часть студентов (83 % (166 чел.)) утверждают, что используют те или иные методы контрацепции при половых контактах. 12 (6 %) человек ответили, что вообще не предохраняются при половых контактах. Основные причины не использования методов контрацепции были следующие: высокая стоимость (4 чел.), боязнь «осложнений» (4 чел.), желание «забеременеть» (1 чел.), «ничего не знали о современных методах контрацепции» (3 чел.). Согласно рекомендациям экспертов ВОЗ (2012), максимально надежными средствами контрацепции могут быть только те, эффективность которых превышает 80 %. К ним относятся преимущественно гормональные препараты, внутриматочные средства (ВМС «Мирена») и некоторые средства барьерной контрацепции (при адекватных условиях производства и хранения). 43,5 % (87 чел.) учащихся чаще всего используют барьерную контрацепцию, 32 % (64 чел.) – гормональные контрацептивы, 17 % (34 чел.) используют традиционные методы. При более углубленном опросе было выяснено, что при последнем половом контакте использовали презерватив с постоянным половым партнером 56,5 % (120 чел.) студентов, 17 % (27) респондентов со случайным партнером. В ситуации, если человек знает, что заражен (ИППП, ВИЧ) 80 % (160 чел.) респондентов проинформируют об этом своего партнера, 16,5 % (33) опрошенных просто воздержатся от секса, 3,5 % (7 чел.) студентов воспользуются презервативом. То есть каждый пятый из опрошенных учащихся ничего не сообщит своему половому партнеру о заражении, но при этом защитится сам. Считают презервативы надежным методом контрацепции каждый второй (51 % (103 чел.)) респондент. Примерно столько же (57 % (114 чел.)) опрошенных человек приобретают презервативы только в аптеке, 12 % (25 чел.) студентов покупают их в аптеке или в супермаркете, 10 % (20 чел.) опрошенных считают, что нет разницы – покупать их в аптеке или в супермаркете (киоске и т.д.). Лидирующей фирмой-производителем презервативов оказалась Contex, данную продукцию предпочли 102 человека (51 %), 58 (29 %) студентов покупают презервативы фирмы Durex, 22 (11 %) респондента – Visit, а 18 (9 %) человек приобретают «что придется». Практически каждый второй потребитель (51 % (94 чел.)) в нашем исследовании предпочитает классические презервативы, 17 % (26 чел.) студентов – ультратонкие, 4,5 % (9 чел.) опрошенных предпочитают ребристые, 2,5 % (5 чел.) людей – ароматизированные, 1,5 % (3 чел.) отдают предпочтение цветным и 7 % (14 чел.) потребителей используют разнообразные виды. Как и любое механическое средство (в т. ч. контрацепции) презервативы имеют инструкцию по применению. В нашем исследовании только 16,5 % (33 чел.) опрошенных используют ее при надевании презерватива, а 61,5 % (123 чел.) полагаются на интуицию. При этом подавляющее большинство 78 % (157 чел.) уверены, что правильно их надевают. Выводы. Данное исследование позволило

выявить недостаток знаний о методах контрацепции среди студентов старших курсов профильных вузов. Несмотря на относительно низкую эффективность (60-80 %) барьерных методов, юноши и девушки отдают предпочтение именно им, а высокоэффективную (гормональную) контрацепцию использует только каждая пятая девушка, принимавшая участие в опросе.

ГОРМОНАЛЬНЫЙ ДИСБАЛАНС ЖЕНСКОЙ ПОЛОВОЙ СФЕРЫ У ДЕВУШЕК-ПОДРОСТКОВ С СИНДРОМОМ ВЕГЕТАТИВНОЙ ДИСТОНИИ

О.А. Сыркова, М.А. Филатова

Научные руководители: Е.Л. Сухонослова,

д-р мед. наук, проф. В.А. Филонов

ДВГМУ, г. Хабаровск

Актуальность. Висцеральные и метаболические нарушения (болезни внутренних органов и нарушения обмена веществ) занимают одну из ведущих позиций в структуре инвалидности детей и подростков (удельный вес 22,4 %).

Среди висцеральных и метаболических нарушений наиболее частыми являются расстройства кардиореспираторной функции (31,3 %), метаболической и ферментной функций (24,9 %), а также болезни мочеполовой системы (11,9 %) (Научный центр здоровья детей РАМН, 2010).

Синдром вегетативной дистонии (СВД) занимает первое место среди неинфекционной патологии подросткового возраста. В данный период вегетативная нервная система функционирует крайне напряжённо и воздействие любых повреждающих факторов может привести к срыву адаптационных механизмов с формированием СВД.

Морфофункциональной основой СВД является дисфункция в работе высших вегетативных центров, осуществляющих регуляцию как вегетативных, так и эндокринных функций организма.

Поэтому, по нашему мнению, разумной выглядит гипотеза о сочетанном нарушении вегетативной и эндокринной регуляции в подростковом возрасте.

Целью данного исследования было исследование взаимосвязи между наличием СВД и гормонального дисбаланса в женской половой сфере у девочек подросткового возраста.

Материалы и методы. В настоящем исследовании приняли участие 56 девочек в возрасте 12-17 лет (средний возраст составил $15 \pm 0,92$ года) с установленным диагнозом СВД, составивших основную группу (ОГ). В качестве контроля (КГ) послужила группа из 32 практически здоровых девочки в возрасте 15-17 лет (средний возраст $15,12 \pm 0,82$ года). В обеих

группах неинвазивными методами оценивались вегетативный и гормональный статусы с последующей статистической обработкой данных. Функциональное состояние ВНС оценивалось посредством анализа трёх основных параметров: исходного вегетативного тонуса (ВТ), вегетативной реактивности (ВР) и вегетативного обеспечения деятельности (ВОД). ВТ определялся на основании интегративной оценки ряда показателей: местного дермографизма, ЧСС, ЧДД, АД, значений индексов Кердо и Хильдебранта. ВР оценивалась в глазо-сердечной пробе Даньини-Ашнера. ВОД исследовалось в клиноортостатической пробе с последующим построением кривой изменения САД, ДАД и ЧСС. Эндокринный статус оценивался на основании внешнего осмотра и опроса девочек с подсчётом гирсутного числа Ферримана-Голлвея, определения формулы полового созревания по Таннеру и индекса массы тела (ИМТ), оценкой возраста менархе, длительности менструаций и менструального цикла, объёма менструальных выделений, симптомов альгодисменореи. Также нами оценивалось наличие таких косвенных признаков гиперандрогении, как чёрный акантоз, изменения кожи (стрии), подкожной клетчатки (липодистрофия) и придатков кожи (состояние волос и ногтей).

Полученные данные. При сравнении показателей гормональной функции у девушек ОГ и КГ были выявлены значительные различия:

- среди девушек с СВД достоверно чаще наблюдается раннее наступление первой менструации (36 %) ($p < 0,001$);
- у 100 % девушек с СВД обнаружен дисбаланс в значениях показателей формулы полового созревания, их несоответствие биологическому возрасту, причём у 46,46 % – по двум, а у 32,14 % – по трём и более показателям ($p < 0,001$);
- среди девушек с вегетативным дисбалансом достоверно чаще встречаются нарушения менструальной функции ($p < 0,001$);
- в группе с СВД альгодисменорея была выявлена у 72 % девушек, в то время как в КГ – у 37,5 % ($p < 0,01$);
- в ОГ, в среднем, было выявлено более высокое гирсутное число ($9,17 \pm 1,14$ балла против $4,63 \pm 1,65$ балла) и большая частота пограничных и патологических значений ($p < 0,001$);
- девушки с СВД достоверно чаще страдают угревой болезнью (56 %) ($p < 0,01$);
- у девушек с СВД выявило более частые отклонения значений ИМТ от нормальных (44 %) ($p < 0,001$);
- в ОГ выявлена большая распространённость диспластических изменений кожи (39 %) ($p < 0,001$).

Полученные данные подтверждают тесную связь СВД и нарушений менструальной и репродуктивной функций у девочек-подростков, что говорит о необходимости более детального обследования девушек, обра-

щающихся к гинекологам и педиатрам, с активным привлечением неврологов для раннего назначения профилактической и/или лечебной терапии.



Секция внутренних болезней

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ РАССЛОЕНИЯ АНЕВРИЗМЫ ГРУДНОГО ОТДЕЛА АОРТЫ

Ю.Г. Азовцева

Научный руководитель: Л.В. Павлющенко

ДВГМУ, г. Хабаровск

Актуальность. Распространенность этого заболевания составляет 5-20 случаев на 1 млн населения в год. При вскрытии трупов внезапно умерших от нетравматических причин расслаивающая аневризма аорты выявляется в 1,5 % случаев. В связи с редкой встречаемостью данного заболевания оно представляет интерес в плане диагностики и лечения. Приводим клинический случай.

Больной С., 59 лет, поступил в МУЗ «ГБ № 11» 01.11.2013 г. с жалобами на общую слабость, боли за грудиной и левой половине грудной клетки колющего и давящего характера небольшой интенсивности, осиплость голоса, головокружение, сухой кашель. Из анамнеза известно, что в июне на плановой ФГ ОГК были обнаружены изменения, однако больной от предложенного дообследования отказался в виду удовлетворительного самочувствия. Страдал АГ II степени несколько лет, лечения не получал. Ухудшение с 26.10.13 г., когда повысилась температура до 39 °С, появились боли в левой половине грудной клетки. СМП доставила больного в стационар с направительным диагнозом: внебольничная пневмония нижней доли слева. Объективно: состояние тяжелое, кожные покровы блед-

ные, цианоз губ. Периферические л/у не увеличены, отеков нет. Тоны сердца приглушены, ритмичны. АД – 100/60 мм рт. ст, ЧСС – 96 в 1 мин. В легких дыхание жесткое, слева в нижних отделах резко ослаблено. ЧДД – 24 в 1 мин. Живот мягкий, безболезненный, печень по краю реберной дуги.

При обследовании: в ОАК Нб 113 г/л, лейкоцитов $10,0 \times 10^9$ /л, СОЭ – 30 мм/ч. RW отр. На Rg ОГК в прямой и боковой проекции инфильтрации нет. Практически все левое легочное поле перекрыто сердечной тенью. На ЭхоКГ: Ао в восходящем отделе, на уровне дуги, в нисходящем отделе расширена до 7,0 см, выражен симптом спонтанного контрастирования, дезорганизация потока, вихреобразный кровоток на уровне аневризмы. Заключение: расслаивающая аневризма восходящего отдела, дуги и нисходящего отдела грудной аорты. На СКТ ОГК: Слева в нижней доле определяются участки инфильтрации легочной ткани. Жидкость в плевральной полости слева умеренное количество с признаками организации. Просвет трахеи оттеснен вправо, просвет крупных бронхов сохранен. Аорта резко расширена, восходящий отдел 5,8 см, нисходящий отдел до 8 см. Стенка аорты слоится с наличием множественных тромбов. Заключение: Признаки расслаивающей аневризмы аорты. Нижнедолевая пневмония слева, плеврит слева. На ЭКГ синусовая тахикардия, перегрузка правого предсердия, симптом ранней реполяризации желудочков. 04.11.13 г. после акта дефекации самочувствие резко ухудшилось: появилась слабость, сердцебиение, холодный липкий пот, выросла одышка, кашель, АД 70/40 мм рт. ст. По тяжести состояния переведен в РАО. В динамике на УЗИросло количество жидкости в плевральной полости до 2,0 л. На плевральной пункции получена кровь. В 21.00 развилась клиническая смерть. Реанимационные мероприятия были безуспешны. На секции обнаружены признаки расслаивающей аневризмы восходящего отдела, дуги и нисходящего отдела аорты с прорывом в левую плевральную полость, гемоторакс.

К сожалению, прижизненная диагностика данного заболевания не повлияла на исход патологического процесса, что связано как с действиями пациента (отказ от обследования за 4 мес. до текущих событий), так и с трудностями оказания экстренной кардиологической помощи в г. Хабаровске.

ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ПОСТОЯННОЙ ФОРМОЙ ФИБРИЛЛЯЦИИ ПРЕДСЕРДИЙ НА АМБУЛАТОРНОМ ЭТАПЕ

Р.В. Арабаджи, Ж.А. Быкова

Научный руководитель: проф. С.С. Рудь

ДВГМУ, г. Хабаровск

По данным Российского кардиологического общества, фибрилляция предсердий (ФП) — это беспорядочное возбуждение и сокращение раз-

личных участков миокарда предсердий вместо согласованного его сокращения. У большинства больных ФП прогрессирует в постоянные формы, что сопряжено с эволюцией основного заболевания. Сердечно-сосудистые исходы, связанные с ФП ассоциируются с увеличением смертности, частоты инсульта и других тромбоэмболических осложнений, сердечной недостаточности, госпитализацией, ухудшением качества жизни, снижением переносимости физической нагрузки и дисфункцией левого желудочка. Именно поэтому, тактика ведения больных на амбулаторном этапе сводится к подбору рациональной терапии для профилактики возникновения осложнений и перехода в постоянную форму.

В ходе работы были исследованы истории болезни 40 опрошенных стационарных больных с постоянной формой ФП в возрасте от 51 года до 89 лет, включая 29 (72,5 %) женщин. Контрольную группу составили 30 стационарных пациентов без ФП аналогичного возраста и пола, из них 17 (56,7 %) женщин. Для оценки качества жизни пациентов был использован опросник «Качество жизни больных с аритмиями» и тест-опросник Мориски-Грина для качественной оценки комплайенса. Исследование проводилось на базе Терапевтического отделения «Городской больницы № 10» и «Городской больницы № 11» города Хабаровска. Статистическая обработка исследования проведена с помощью пакета прикладных программ SPSS 13 и Microsoft Office Excel 2010.

Результаты исследования и их обсуждение. Средний возраст больных в первой группе составил $64 \pm 1,7$ года; во второй группе $62 \pm 1,3$ года.

Помимо основного заболевания, большая часть пациентов с постоянной формой ФП имели коморбидные заболевания: АГ (80 %), миопия (60 %), желчнокаменная болезнь (36 %), мочекаменная болезнь (23 %), ожирение (12 %), СД II типа (21 %), ХОБЛ (40 %). Надо отметить, что количество коморбидных заболеваний у пациентов с ФП может варьировать от одного до пяти и более. Однако в проведенном исследовании наиболее часто встречается сочетание трех-четырех заболеваний.

По результатам теста-опросника Мориски-Грина выявлено, что 12 пациентов (30 %) из группы с постоянной формой ФП и 8 пациентов (26,7 %) из контрольной группы без ФП, набравшие 3 и 4 балла, находятся в группе риска по развитию неприверженности к лечению и нуждаются в установлении причины плохого выполнения врачебных рекомендаций и их предотвращении.

Для оценки факторов, влияющих на ухудшение суммарного показателя качества жизни больных с постоянной формой ФП, в опросе была использована анкета: «Качество жизни больных с аритмиями». При помощи данной анкеты установлено значимое ухудшение показателей качества жизни у больных с постоянной формой ФП в сравнении с контрольной группой, соответственно $59,04 \pm 1,01$ и $51 \pm 1,18$. Наиболее выраженными изменениями в качестве жизни больных с ФП стали неприятные ощущения

в области сердца: сердцебиение – $1,54 \pm 0,07$ в первой группе и $1,07 \pm 0,08$ во второй; приступы одышки – $1,49 \pm 0,07$ в первой группе и $1,30 \pm 0,07$ – во второй. Чувство остановки сердца сильно беспокоило 8 ($2,48 \pm 0,09$) больных с постоянной формой ФП, в сравнении с контрольной группой – данные проявления отмечались у 2 ($0,71 \pm 0,07$) пациентов.

Обращает внимание, что чувство подавленности и снижение настроения возникали у 5 пациентов ($1,94 \pm 0,09$) из контрольной группы, и значительно чаще у больных с постоянной формой ФП – в 12 случаях ($3,71 \pm 0,09$). Такая выраженность симптома требует консультирования пациентов у психиатра для исключения клинически значимой депрессии.

Также развитие постоянной формы ФП приводило к снижению качества жизни пациентов, что было связано с повышенными материальными расходами на лекарственные средства. Данный показатель составил $3,51 \pm 0,08$ у больных с постоянной формой ФП, и $2,01 \pm 0,12$ в контрольной группе.

30 из 40 опрошенных больных с постоянной формой ФП – 75 %, не имеют возможности наблюдаться у кардиолога по поводу нарушения ритма как по месту жительства так и на территориальном уровне. По мнению больных, это связано с несовершенным принципом доступности и бесплатности амбулаторно-поликлинической помощи населению в рамках Программы государственных гарантий оказания гражданам бесплатной медицинской помощи. Немаловажным является тот факт, что поликлиническая служба недостаточно укомплектована и не имеет в своем штате кардиолога или показатель количества посещений на одного врача превышает нормативные показатели.

Подводя итоги в оценке качества жизни больных с постоянной формой ФП, можно установить неблагоприятное влияние заболевания на различные аспекты качества жизни пациентов.

Приведенные выше данные позволяют говорить о важности изучения качества жизни, тревоги и депрессии у больных с аритмией, а также о необходимости оценки эффективности лечения нарушений ритма сердца с учетом его влияния на показатели качества жизни, депрессии и тревоги.

ОСОБЕННОСТИ И ВОЗМОЖНОСТИ КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНОЙ ОЦЕНКИ СОСТОЯНИЯ БОЛЬНЫХ С ПРЕМОРБИДНЫМ ОЖИРЕНИЕМ

**Ф.Г. Баркашева, Н.В. Белоусова, С.В. Кравченко,
А.А. Матвеева, А.В. Нестерова**

Научный руководитель: Ю.А. Сапожников
ДВГМУ, г. Хабаровск

Актуальность. По данным различных авторов, частота встречаемости МС среди населения старше 30 лет составляет от 10 до 30 % (E.S. Ford, 2002; P.W. Wilson, 2005), и эта цифра постоянно растёт. Вопросы профилактики, диагностики и лечения МС представляют собой острейшую медико-социальную проблему современности (И.И. Дедов, 2004; G. Alberti, 2005). При этом большинство пациентов с МС – это популяция людей активного трудоспособного возраста, наиболее продуктивная и значимая для общества. Согласно современным концепциям, метаболический синдром – это кластер гормональных и метаболических нарушений, взаимосвязанных факторов риска развития сердечно-сосудистых заболеваний и сахарного диабета, объединенных общим патофизиологическим механизмом – инсулинорезистентностью.

Целью настоящей работы стало раннее выявление больных с признаками МС в группе пациентов с преморбидным абдоминальным ожирением на основании клинико-лабораторных данных.

В соответствие с поставленной целью были сформулированы следующие задачи:

1. Изучить особенности состояния липидного обмена, системы гемостаза и соноскопические возможности диагностики ожирения.
2. Выявить зависимости между показателями липидного обмена и гемостазиологическими показателями в группе с преморбидным ожирением.
3. На основе полученных данных предложить методики ранней диагностики осложнений, связанных с метаболическим синдромом.

Материалы и методы. В исследовании участвовали пациенты в удовлетворительном состоянии, находившиеся на лечении в хирургическом и терапевтическом стационарах ГКБ № 10 и в хирургическом стационаре ККБ № 2. Все пациенты были разделены основную группу – пациенты с абдоминальным преморбидным ожирением ($ИМТ > 30$), 33 человека, и группу сравнения – пациенты с нормальной массой тела ($ИМТ < 25$), 9 человек. Фиксировались антропометрические, анамнестические данные, исследовались показатели углеводного обмена, липидного обмена и состояния системы гемостаза, фиксировались степень и стадия гипертонической болезни (ГБ), а также соноскопически определялись толщина подкожного жира, внутреннего жира (ВЖ) и предбрюшинного жира. Полученные дан-

ные подвергались сравнительному статистическому анализу с использованием t-критерия Стьюдента и непараметрического критерия Манна – Уитни. Также выполнен корреляционный анализ с использованием коэффициента Спирмена.

Анализ результатов. При сравнительном анализе выявлены статистически значимые межгрупповые различия по антропометрическим данным, что подтверждает корректность разбиения пациентов на группы, а также по уровню глюкозы и триглицеридов плазмы крови. Анализ проводился с использованием t-критерия Стьюдента и непараметрического критерия Манна – Уитни, при этом были получены практически идентичные результаты. Иные достоверные различия при непосредственном сравнительном анализе выявлены не были.

При корреляционном анализе в основной группе выявлены статистически значимые сильные зависимости между толщиной внутреннего и предбрюшинного жира и степенью ГБ (коэффициенты корреляции $> 0,75$). Также выявлены статистически значимые сильные зависимости между щелочной фосфатазой и ЛПВП (коэффициент корреляции $- 0,9$), а также между щелочной фосфатазой и индексом атерогенности (коэффициент корреляции $0,9$). Кроме того, выявлены сильная зависимость между бета-липопротеидами плазмы крови и фибриногеном (коэффициент корреляции $- 0,89$), а также между бета-липопротеидами плазмы крови и АЧТВ (коэффициент корреляции $- 0,76$). Аналогичные корреляционные связи в группе контроля выявлены не были.

Учитывая выявленную зависимость между толщиной внутреннего жира (ВЖ) и степенью ГБ у больных с преморбидным ожирением, предложено использование индекса «масса–жир», рассчитываемая по формуле ВЖ/Масса тела. При дальнейшем исследовании выявлена сильная статистически значимая связь между указанным индексом и степенью ГБ (коэффициент корреляции $0,63$), а также стадией ГБ (коэффициент корреляции $0,62$).

Полученные результаты позволяют сделать следующие выводы.

1) У больных с преморбидным ожирением не выявляются значимые изменения в показателях липидного обмена, углеводного обмена и показателях системы гемостаза.

2) Выявленные зависимости между показателями липидного обмена и гемостазиологическими показателями в группе с преморбидным ожирением позволяют предположить появление нарушений в системе гемостаза на ранних стадиях развития метаболического синдрома, что требует их адекватной и своевременной диагностики и коррекции.

3) Предложенный индекс «масса–жир» хорошо коррелирует со стадией и степенью ГБ, что позволяет его использовать с целью раннего выявления этого заболевания в группе больных с преморбидным ожирением, в то время как однократное измерение АД не всегда даёт адекватный ре-

зультат, а многократное его измерение, также как и суточное мониторирование АД, достаточно трудоёмки и не всегда возможны.

ДИСПЛАЗИЯ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ И ФИБРИЛЛЯЦИЯ ПРЕДСЕРДИЙ

К.А. Боявсал, А.Б. Смазнова

Научный руководитель: канд. мед. наук, доцент Н.В. Корнеева
ДВГМУ, г. Хабаровск

Синдром «дисплазии соединительной ткани» (ДСТ) – это наднормальная патология, при которой формируется ненормальное состояние органов и тканей, обусловленное снижением содержания отдельных видов коллагена или нарушением их соотношения (Мартынов А.И., Пак Л.С., 2006, Яковлев В.М. и соавт., 2004, Holister D.W., 1990). Это ведет к снижению прочности соединительной ткани многих органов и систем. Всеобъемлющее распространение в организме соединительной ткани определяет полиорганность поражений при ДСТ. Нас заинтересовали проявления недифференцированной дисплазии соединительной ткани (НДСТ) у взрослых людей, страдающих фибрилляцией предсердий (ФП). Из литературных данных известно, что ФП регистрируется в 3,9-6,2 % случаев при холтеровском мониторировании (ХМ) у пациентов с НДСТ (Новак В.Г. 1997, Перетолчина Т.Ф., 2000).

Перед началом исследования мы выдвинули гипотезу, согласно которой у пациентов с клиническими признаками НДСТ ФП будет протекать более тяжело (частые срывы ритма, наличие постоянной формы ФП, длительный койко-день, выраженные нарушения архитектоники сердца по данным УЗИ) в сравнение с пациентами без признаков НДСТ. Эта закономерность, по нашему мнению, должна быть связана с более выраженным ремоделированием сердца у пациентов с признаками ДСТ.

Цель работы состояла в выявлении взаимосвязи между клиническими проявлениями НДСТ и тяжестью течения ФП и степени ремоделирования сердца.

Для достижения цели нами были обследованы 34 пациента, получающие лечение в кардиологическом отделении ККБ № 2 по поводу пароксизмальной или постоянной форм ФП. Среди обследованных было 15 мужчин (44 %), средний возраст $68,8 \pm 5,7$ лет и 19 женщин (56 %), средний возраст – $78 \pm 5,68$ лет. В исследование мы не включали пациентов, перенесших инфаркт миокарда, имеющих клапанные пороки сердца 3-4-й степени, ХСН 2Б-3-й стадии, другие нарушения ритма сердца, тяжелые сопутствующие заболевания нервной системы, легких, почек.

С письменного согласия пациентов, полученные результаты клинического и лабораторно-инструментального обследования заносились в разра-

ботанную нами анкету. Особое внимание при физикальном обследовании уделяли антропометрическим параметрам, позволяющим судить о диспластичной конституции (рассчитывали соотношение В:Н, РР:Р, индекс Варге, длину пальцев рук), синдром гипермобильности оценивали по шкале Бейтона, подсчитывали количество стигм дизэмбриогенеза. Из инструментальных методов обследования в анкету заносили размеры камер сердца, ЧСС, параметры давления в легочной артерии, определенные расчетным методом.

Статистическую обработку проводили с использованием методов вариационно-корреляционной статистики. Интерпретация результатов проводилась в зависимости от силы связи между отдельными параметрами.

В результате исследования среди обследованных выявлены разнообразные клинические признаки НДСТ. Соотношение В:Н (длина верхнего сегмента туловища к нижнему) была менее 0,89 у 11 человек (32 %), в равной степени у мужчин и женщин – 5 и 6 человек соответственно, соотношение РР:Р (длина размаха рук деленная на рост) менее 1,03 зарегистрирована у 22 человек (64,7 %), среди них 12 мужчин и 10 женщин, индекс Варге ($\frac{\text{масса тела, г}}{\text{рост}^2, \text{ см}} - \frac{\text{возраст, годы}}{100}$) менее 1,5 зарегистрировали у 3 человек из 34 (8,8 %). Количество стигм дизэмбриогенеза более 5 выявлено у 24 обследованных (70,6 %), среди них было 10 мужчин и 14 женщин, более 10 стигм обнаружено у 4 пациентов. Гипермобильность суставов по шкале Бейтона (от 4 до 9 баллов) выявили у 9 пациентов (27 %), у 4 мужчин и 5 женщин. Полученные результаты клинического обследования не продемонстрировали наличие статистически значимых корреляционных связей с формой ФП, степенью тяжести заболевания, длительностью и частотой пребывания в стационаре, степенью ремоделирования сердца.

Таким образом, отдельные клинические признаки НДСТ можно обнаружить достаточной часто, в том числе у кардиологических больных, страдающих ФП. Предлагаемые расчетные индексы В:Н, РР:Р, Варге, гипермобильность по шкале Бейтона не отражают истинной картины наличия диспластической конституции, т. к. с возрастом происходит изменение антропометрических показателей и снижается подвижность суставов. Возможно, гипотеза, выдвинутая нами перед началом исследования, верна, однако для выявления указанной зависимости нужно использовать более углубленное обследование, включающее лабораторно-инструментальные методики. На данном этапе исследования не обнаружено взаимосвязи между клиническими проявлениями НДСТ у пациентов с ФП и тяжестью течения нарушений ритма и степенью ремоделирования сердца.

ТАБАКОКУРЕНИЕ И КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ОСТРЫХ ИНФЕКЦИЙ НИЖНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ У МОЛОДЫХ МУЖЧИН

**В.В. Волощенко, В.А. Осечкина, Е.А. Страдымова, А.В. Яценко,
А.И. Кудрявцева, К.В. Ю, Т.В. Тихова, И.Е. Мун**

Научный руководитель: д-р мед. наук, проф. В.А. Добрых
ДВГМУ, г. Хабаровск

Конкретные варианты развития и тяжесть острых инфекционных заболеваний нижних дыхательных путей определяются во многом еще не изученными механизмами.

Целью нашего исследования стала оценка статуса табакокурения и его связи с возникновением и течением односторонней внебольничной пневмонии тяжелого (ВПТ), нетяжелого (ВПН) течения, двухсторонней пневмонии (ДВП) и острого бронхита (ОБ) у молодых мужчин военнослужащих по призыву, пациентов пульмонологического отделения 301-го Военного клинического госпиталя г. Хабаровска, находившихся на лечении в 2010–2014 гг.

В общей сложности обследован 221 пациент. Характеристики табакокурения оценивались по уровням показателей пачка-лет (ПЛ) и индекса курения (ИК). У 135 пациентов в первые дни госпитализации с помощью шкалы Борга ретроспективно была проведена количественная оценка субъективных клинических симптомов в каждый из первых 3 дней заболевания по 10-балльной шкале. Оценивались в динамике следующие симптомы: температура тела, озноб, общая слабость, головная боль, мышечная боль, заложенность носа, выделения из носа, боль в горле, частота и сила кашля, мокротовыделение, боль в груди, одышка, влияние симптомов на физическую активность (всего 14 вопросов, 25 вариантов ответа). Сопоставление клинических симптомов в зависимости от статуса табакокурения проводили отдельно в разных клинических группах. Статистическая значимость выявленных различий оценивалась непараметрическим методом Манна – Уитни.

В результате проведенного исследования установлено, что распространенность табакокурения среди обследованных составила 55,6 %. Диапазон показателя пачка-лет составил 0,4-9,6 (в среднем 6,4), а индекса курения – 12-480 (в среднем 139). Было отмечено, что при ВПН и ВПТ правосторонняя локализация пневмонии ассоциируется с более высоким показателем пачка-лет в сравнении с левосторонней пневмонией ($p<0,02$).

Установлено, что, в целом, между группами пациентов с ВПТ и ВПН достоверных различий субъективных клинических симптомов не было ни в одном случае. При сопоставлении пациентов групп ВПН и ОБ наиболее значимые различия отмечены в первые 2 дня заболевания по уровню лихорадки, частоте и силе кашля ($p<0,01$). В группе больных ВПН более высо-

кий показатель пачка-лет достоверно был связан с более быстрой динамикой выраженности кашля и общей слабости, а более высокий индекс курения ассоциировался с менее выраженной силой кашля на 3-й день болезни ($p < 0,05$). У пациентов с ВПТ и ОБ достоверных связей параметров табакокурения и особенностей субъективной симптоматики не было выявлено.

Таким образом, субъективные клинические симптомы при ВПТ и ВПН в первые 3 дня заболевания не различаются. При ВПН в сравнении с ОБ в первые 2 дня заболевания отмечается более слабый кашель и более высокая лихорадка. Параметры табакокурения в группах обследованных пациентов были связаны с выраженностью субъективной симптоматики в минимальной степени.

НЕКОТОРЫЕ КАРДИОГЕМОДИНАМИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ У МУЖЧИН С ПОДАГРОЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ НАЛИЧИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

М.В. Губанова, Н.Н. Кушнарченко

Научный руководитель: д-р мед. наук Н.Н. Кушнарченко

Читинская государственная медицинская академия, г. Чита

Актуальность. Известно, что артериальная гипертензия (АГ) ассоциирована с ремоделированием левого желудочка (ЛЖ), которая способствует развитию нарушений диастолической функции ЛЖ. Определение показателей массы миокарда левого желудочка (ММЛЖ), индекса массы миокарда ЛЖ (ИММЛЖ), а также характеристик трансмитрального потока у больных подагрой в зависимости от наличия АГ до конца не изучены.

Цель исследования. Оценить кардиогемодинамические особенности у мужчин с подагрой в зависимости от наличия АГ.

Материалы и методы. Обследовано 45 мужчин с подагрой (средний возраст $46 \pm 8,6$ лет) с различными клиническими стадиями течения заболевания (интермиттирующее и хроническое). Диагноз подагры выставлен на основании классификации S.L.Wallace, 1977. Критерием исключения явилось наличие ишемической болезни сердца, сахарного диабета, дебют АГ до возникновения подагрического артрита, острых воспалительных и хронических заболеваний в стадию обострения. Всем пациентам проводилось общеклиническое, лабораторное и инструментальное обследование. Эхокардиография проводилась на аппарате Artida pro Toshiba с определением комплекса общепринятых морфофункциональных параметров. Суточное мониторирование АД (СМАД) проводилось на аппарате «Кардиотехника» Инкарт, Россия. Для статистической обработки данных применялся пакет статистических программ Statistica 6.0. Достоверность различий между группами оценивалась с помощью непараметрического критерия Манна – Уитни.

Результаты и обсуждения. Установлено, 33 % мужчин с подагрой имели нормальные цифры АД, у 66 % больных подагрой выявлена АГ различной степени.

Оценивая результаты эхокардиографического исследования, у 80 % мужчин с подагрой с нормальным уровнем АД структурно-функциональных изменений миокарда ЛЖ не выявлено, у 20 % диагностирована диастолическая дисфункция ЛЖ. У больных подагрой с АГ в 34 % случаев структурных изменений в миокарде ЛЖ не выявлено, у 30 % – диастолическая дисфункция ЛЖ по гипертрофическому типу, при этом показатели ММЛЖ и ИММЛЖ в пределах нормы, у 16 % – гипертрофия ЛЖ с нормальными показателями трансмитрального потока, у 20 % – ГЛЖ и с нарушением диастолической функции ЛЖ по гипертрофическому типу. Таким образом, наличие АГ ассоциируется с ремоделированием сердца, а также нарушением диастолической функции ЛЖ.

Выводы. Установлено, что большинства у мужчин с подагрой выявлена АГ, которая способствует развитию ГЛЖ с диастолической дисфункцией ЛЖ по гипертрофическому типу, что в свою очередь является фактором риска сердечно-сосудистых осложнений.

АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ СТУДЕНТОВ ПЕРВОГО И ШЕСТОГО КУРСОВ ДАЛЬНЕВОСТОЧНОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА

Л.И. Гуринова, Н.А. Галушко, Е.А. Федорова, В.В. Дубинина

Научный руководитель: канд. мед. наук В.В. Дубинина

ДВГМУ, г. Хабаровск

Сохранение и укрепление здоровья студенческой молодежи в образовательных учреждениях имеет огромное социально-медицинское и общественное значение. Современная модель образования ставит перед учебными заведениями качественно новую задачу – не только сохранить здоровье учащихся, но и научить их управлять им и полноценно реализовать свои личностные ресурсы [Дочкина Н.Л., 2009]. Особый интерес представляет состояние здоровья студентов медицинских вузов, в связи с особенностями организации их обучения – разобщенности учебных баз при фронтальной форме организации учебного процесса; сопряженности обучения на клинических кафедрах с негативными ассоциациями (боль, травмы, смерть); влиянием физических, химических и биологических факторов больничной среды на защитные механизмы организма [Мурзин Р.Р., 2008].

Целью нашей работы явилась оценка уровня состояния здоровья студентов Дальневосточного государственного медицинского университета (ДВГМУ), обучающихся на 1-м и 6-м курсах.

Материалы и методы. Исследование проводилось на базе КДП «ДВГМУ». В исследование приняли участие всего 186 человек. Из них 122

человека с 1-го курса и 64 человека с 6-го курса лечебного факультета. Исследование проводилось путем анкетирования и обработки данных медицинских карт. Результаты и обсуждение. Анализируя, данные полученные в ходе анкетирования, наиболее частыми жалобами студентов 1-го курса являются раздражительность (67 %) и плохое настроение (64 %). На второй план уходят жалобы связанные с соматической патологией (в среднем 46,79 %) и трудности с засыпанием (37 %). Среди жалоб, предъявляемых студентами 6-го курса, лидирующие позиции также занимают раздражительность (89 %) и плохое настроение (72 %). Следующие позиции занимают соматические жалобы (в среднем 38,85 %) и трудности с засыпанием (38 %). При анализе данных по физкультурным группам выявилось следующее: освобожденных, от занятий физкультурой студентов 6-го курса в 2,1 раза больше, чем на 1-м курсе, а занимающихся в основной группе в 1,8 раза меньше, по сравнению с 1-м курсом. По данным медицинских осмотров 1-го курса выявлено что, лидируют заболевания глаз (42 %), заболевания опорно-двигательного аппарата (36 %) и заболевания ЖКТ (22 %). По данным медицинских осмотров 6-го курса, лидирующие позиции занимают: гинекологические заболевания (91 %), заболевания глаз (86%) и опорно-двигательной аппарата (53 %). В ходе анализа физкультурных групп, установлено, что на 1-м курсе освобождены от занятий физкультурой – 10 %, в основной группе – 52 %, подготовительной группе – 6 %, специальной группе – 33 %. Однако на 6-м курсе картина значительно меняется: освобождены от занятий физкультурой – 13 %, в основной группе – 27 %, подготовительной группе 8 %, специальной группе – 36 %. Отдельно рассматривается группа «практически здоровых» студентов. После анализа анкет в эту группу можно отнести лишь 19 % опрошенных студентов 1-го курса и 3,1 % студентов 6-го курса. Анализируя данные медицинских осмотров 14 % и 2 % соответственно. Студенты недооценивают реальное состояние своего здоровья. Выявлено, что количество практически здоровых студентов 1-го курса в 7 раз больше, чем на 6-м курсе.

Таким образом, проведенное исследование установило высокую распространенность хронической соматической патологии среди студентов 1-го и 6-го курсов ДВГМУ. Выявлена значительную разницу в процентном соотношении жалоб, предъявляемых студентами: раздражительность в 1,3 раза и плохое настроение 1,1 раз больше выражены на 6-м курсе, соматические жалобы в 1,2 раза меньше в сравнении с 1-м курсом. По данным физкультурных групп, установлено следующее: освобожденных, от занятий физкультурой студентов 6-го курса в 1,3 раза больше, чем на 1-м курсе, а занимающихся в основной группе в 1,9 раза меньше, по сравнению с 1-м курсом. Исследование показало значительную разницу между состоянием здоровья студентов в начале их обучения и на момент окончания вуза.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ НЕЛИНЕЙНОГО (ФРАКТАЛЬНОГО) АНАЛИЗА ДЛЯ ОЦЕНКИ ВАРИАБЕЛЬНОСТИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА

**Т.С. Дюльдина, И.О. Крылова, В.О. Седаков, А.А. Догонашева,
Т.В. Кашина, Т.К. Тен, И.А. Уварова**

Научные руководители: д-р мед. наук, проф. В.А. Добрых;
канд. физ.-мат. наук, доц. С.Ф. Воропаев

ДВГМУ, г. Хабаровск

Количественная оценка variability сердечного ритма представляет собой сложную многоаспектную задачу, имеющую важнейшее значение для диагностики и прогнозирования течения заболеваний сердечно-сосудистой системы.

Нормальный сердечный ритм наряду с известной упорядоченностью содержит все признаки сложной системы с проявлениями хаотического поведения. Фибрилляция предсердий является частым и клинически весьма значимым патологическим состоянием, при котором variability сердечного ритма лишается всех признаков упорядоченности и трансформируется в спирально-волновую турбулентность или «истинную» хаотическую структуру.

В последние 20 лет хаотические процессы стали активно изучаться методами нелинейной динамики и фрактального анализа. Для исследования нарушений сердечного ритма эти методы применялись лишь в единичных работах [А.В. Ардашев, А.Ю. Лоскутов], но уже показали свою перспективность в связи с тем, что получаемые показатели отражают еще неизвестные характеристики сердечной деятельности, предположительно, важные с точки зрения диагностики и прогнозирования течения заболеваний сердечно-сосудистой системы.

Мы предприняли попытку сравнительного изучения ряда показателей нелинейной динамики и фрактальности в группах пациентов с ИБС на базе 301-го ВКГ, имевших синусовый ритм (9 пациентов) или постоянную форму фибрилляции предсердий (5 пациентов). Анализ временных рядов сердечных сокращений, зарегистрированных в течение 3 минут, проводили в автоматическом режиме по данным ЭКГ посредством программы «Matlab».

Оценивались следующие показатели: 1) фазовый портрет системы; 2) показатель Херста; 3) фрактальная размерность; 4) размерность фазового пространства; 5) корреляционная энтропия; 6) корреляционная размерность; 7) аппроксимационная размерность; 8) показатель Ляпунова; 9) показатель энтропии.

Полученные результаты в сравниваемых группах сопоставляли методом Манна – Уитни. У пациентов с фибрилляцией предсердий показатели фрактальности путем корреляционного анализа сопоставлялись с рядом

клинических данных и результатов инструментального и лабораторного исследований.

Результаты проведенных сопоставлений выявили существенные различия в сравниваемых группах форм фазовых портретов, имевших при синусовом ритме более упорядоченный, а при фибрилляции предсердий более хаотичный вид, напоминающий растрепанный моток ниток. Проведенное сопоставление выявило, при фибрилляции предсердий в сравнении с синусовым ритмом более низкие значения показателя Херста ($p < 0,01$), более высокие показатели фрактальной размерности ($p < 0,03$), показателя Ляпунова ($p < 0,00001$), показателя энтропии ($p < 0,000001$). Значения размерности фазового пространства, корреляционной размерности, аппроксимационной энтропии достоверно не различались. Корреляционный анализ показал у пациентов с фибрилляцией предсердий близкую к достоверной связь некоторых математических показателей и данных клинко-инструментального исследования, однако, малое количество обследованных больных не позволило надежно интерпретировать полученные результаты.

Таким образом, использованный нами новый методологический аналитический подход, по данным первых наблюдений показал свою достаточную чувствительность при сопоставлении ряда клинко-инструментальных показателей у больных с ИБС. Этот факт с большой вероятностью указывает на перспективность дальнейшей разработки этого нового научного направления применительно к анализу сердечного ритма и его нарушений.

ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ СПЕЦИФИЧЕСКИХ ТИПОВ САХАРНОГО ДИАБЕТА ПО ДАННЫМ ЭНДОКРИНОЛОГИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА

**Е.В. Ерастов, Б.А. Ширинова, А.О. Иванова, А.Ю. Тучина,
С.А. Гурченко, Т.Г. Прокудина, Н.Н. Масалова**

Научный руководитель: канд. мед. наук, доц. Н.Н. Масалова

ДВГМУ, г. Хабаровск

Сахарный диабет (СД) является одним из наиболее распространенных хронических заболеваний и представляет собой серьезную проблему здравоохранения, так как приводит к снижению качества жизни, ранней инвалидизации и высокой летальности [Кисляк О.А. и соавт., 2008]. В последние 10 лет отмечается тенденция к увеличению числа больных СД, в основном за счет прироста числа пациентов с СД 2-го типа (СД-2). В 2000 г. число больных СД в мире составляло 171 млн (2,8 % от общей численности популяции). По данным Международной диабетической федерации в 2010 г. в мире насчитывается 285 млн больных СД, а по прогнозам менее

чем через 20 лет это число возрастет до 439 млн [Ярек-Мартынова И.Р. и соавт., 2010]. По данным Государственного регистра больных СД, в России на 1 января 2009 г. СД выявлен более чем у 3 млн человек; из них 2,7 млн страдают СД-2. Однако данные эпидемиологических исследований показывают, что истинная численность больных СД в России превышает официально зарегистрированную в 3-4 раза и составляет около 9-10 млн человек [Шестакова М.В. и соавт., 2009].

Вместе с тем остается недостаточно изученной частота встречаемости других специфических типов СД в общей структуре заболеваемости. К специфическим типам СД относятся: генетические дефекты функции β -клеток или диабет взрослого типа у молодых (MODY), панкреатогенный СД, развившийся на фоне поражения экзокринной части поджелудочной железы, СД на фоне других эндокринных заболеваний, гестационный СД, развившийся на фоне беременности, диабет индуцированный лекарственными препаратами или химическими веществами и др.

Цель исследования: оценить частоту встречаемости других специфических типов СД по данным эндокринологического стационара.

Материалы и методы: в исследование включены пациенты с СД находившиеся на стационарном лечении в эндокринологическом отделении ККБ № 1 им. профессора Сергеева С.И. в период с 2008 по 2010 гг. Проанализировано 2 251 историй болезни.

Результаты: частота встречаемости СД 2-го типа составила 74 % (1 671 человек), на долю пациентов с СД 1-го типа приходилось 22 % (506 пациентов) от общего количества больных, что соответствует общемировым тенденциям. Доля других специфических типов СД составила 4 %. В этой группе преобладали случаи панкреатогенного диабета, связанного с поражением экзокринной части поджелудочной железы 54 % (40 пациентов). Частота гестационного СД составила 32 % (24 пациентки). Латентный аутоиммунный диабет взрослых (LADA) встречался в 8 % (6 пациентов). Диабет взрослого типа у молодых (MODY), связанный с генетическим дефектом секреции инсулина встречался в 5 % (3 человека). На долю случаев стероидного диабета, развившегося на фоне приема глюкокортикоидов приходился 1 %.

Выводы: 1) среди других специфических типов диабета преобладает панкреатогенный СД (54 %); 2) гестационный СД регистрировался в 32 %; 3) случаи MODY-диабета, установленного на основании клинического течения и данных анамнеза требуют проведения генетического обследования с целью уточнения диагноза.

ИЗУЧЕНИЕ ПОРАЖЕНИЯ СЕРДЦА ПРИ ЭЛЕКТРОТРАВМЕ

В.А. Ермолаева

Научный руководитель: канд. мед. наук, доц. Н.П. Кейзер

ДВГМУ, г. Хабаровск

Актуальность. При повсеместном распространении электрических технологий – на производстве и в быту – неизбежно увеличивается число электротравм. Большая часть электротравм на производстве связана с воздействием тока высокого напряжения, в быту электротравмы вызваны воздействием тока низкого напряжения (половина пострадавших при этом – дети). Важно отметить, что как производственные, так и бытовые электротравмы вызываются воздействием наиболее опасного для организма переменного тока. При этом сердце, являясь обладателем собственной системы автоматизма, возбуждения и проведения, наиболее уязвимо к действию электрического тока. Это может вызвать опасные для жизни осложнения со стороны сердца в виде нарушений ритма и проводимости

Цель: изучить клинические особенности поражения сердца и показатели электрокардиограммы у лиц, подвергшихся воздействию электрического тока.

Материалы и методы. Проведен анализ 20 историй болезни пациентов, госпитализированных по поводу электротравмы в ККБ № 2. Наши наблюдения включали 18 мужчин и 2 женщины в возрасте от 13 до 62 лет (средний возраст – 31,6 лет)). В 50 % случаев электротравма была бытовой, в 45 % – производственной, в 5 % ее вызвал удар молнией. В связи с возможностью электрического тока нарушать процессы автоматизма, возбудимости и проводимости сердца мы провели динамическое изучение основных показателей ЭКГ.

Результаты и обсуждения. У большинства больных при поступлении отмечалось увеличение частоты сердечных сокращений до 125 в минуту (в среднем 93). В одном случае наблюдалась транзиторная брадикардия – 45 в минуту). У одного пациента длительное воздействие тока привело к появлению продолжительного (более 12 часов, несмотря на повторные инфузии амиодарона), пароксизма фибрилляции предсердий с одновременным развитием транзиторной блокады правой ножки пучка Гиса. Еще у одной больной транзиторная блокада правой ножки пучка Гиса сопровождалась, по данным УЗИ, временной асинергией межжелудочковой перегородки. Максимально выраженные нарушения процессов реполяризации левого желудочка в виде повышения сегмента ST и двухфазного зубца T выявлены у 16-летнего спортсмена после удара молнией на футбольном поле. Через сутки указанные изменения исчезли. Проведенный нами анализ ЭКГ показал, что продолжительность зубца Q, интервала PQ, желудочкового комплекса QRS, скорректированного интервала QT находилась в нормаль-

ных пределах у большинства больных как при поступлении, так и в более поздних исследованиях.

Выводы: появление нарушений ритма и проводимости, а также нарушения процессов реполяризации по данным ЭКГ отмечены при наиболее тяжелой электротравме, связанной с длительным воздействием сетевого тока или атмосферного электричества.

**ХРОНИЧЕСКАЯ ОБСТРУКТИВНАЯ БОЛЕЗНЬ ЛЕГКИХ
И СОПУТСТВУЮЩИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ У ПАЦИЕНТОВ
ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ КГБУЗ ГБ № 11
ЗА ПЕРИОД 2012–2013 ГГ.**

Е.А. Кабанова, Д.В. Клещевич, В.В. Ковальчук, И.А. Скрыпник

Научный руководитель: д-р мед. наук, проф. С.С. Рудь

ДВГМУ, г. Хабаровск

Актуальность проблемы: в настоящее время около 600 млн человек в мире страдают хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ). Смертность от ХОБЛ постоянно растет, и по прогнозам Всемирной Организации Здравоохранения (ВОЗ) к 2020 г. ХОБЛ будет занимать пятое место среди всех причин смертности. Основной причиной развития ХОБЛ является табакокурение. В России курит 55 % мужчин и 45 % женщин. (Статистика ХОБЛ // Официальный сайт «Российское респираторное общество» 2010).

Материалы и методы исследования: исследование проводилось за период 2012-2013гг в городе Хабаровске на базе КГБУЗ ГБ № 11 ТО. Для исследования распространенности ХОБЛ была сформирована единовременная выборка пациентов в количестве 202 человека. Женщин было 90 (44,5 %), мужчин – 112 (55,4 %) в возрасте от 40 до 80 лет. Для исследования распространенности респираторных симптомов и табакокурения использовался анамнез из истории болезни пациентов. Кроме того, оценивалась связь ХОБЛ с такими заболеваниями как: внебольничная пневмония, бронхиальная астма, обструктивный бронхит, сахарный диабет, онкология органов дыхания, туберкулез легких, ИБС: мерцательная аритмия, артериальная гипертензия.

Результаты исследования: распространенность ХОБЛ среди мужчин в возрасте 40-49 лет составляет 13,3 %, в 50-59 лет – 15,2 %, в 60-69 лет – 10,7 %, в 70 лет и старше – 31,2 %. Распространенность ХОБЛ среди женщин в возрасте 40-49 лет составляет 14,4 %, в 50-59 лет – 8,8 %, в 60-69 лет – 12,2%, в 70 и старше лет – 44,4 %. С увеличением возраста респондентов увеличивается распространенность ХОБЛ.

Выявлено, что из 202 человек 50,5 % пациентов курящие, что является агрессивным фактором риска развития и прогрессирования ХОБЛ и возникновения сопутствующих заболеваний.

Сочетание ХОБЛ с ИБС (стенокардия напряжения) – 91 чел. (45,5 %), с артериальной гипертонией (АГ) – 86 чел. (42,5%), внебольничной пневмонией (ВП) – 38 чел. (18,8 %), мерцательной аритмией (МА) – 28 чел. (13,8 %), бронхиальной астмой (БА) – 27 чел. (13,4 %), хроническим обструктивным бронхитом – 18 чел. (8,9 %), анемией – 17 чел. (8,4 %), сахарным диабетом (СД) – 12 чел. (5,9 %), туберкулезом легких (ТБ) – 8 чел. (3,9 %), симптомом кровохарканья – 8 чел. (3,9 %), раком легких – 5 чел. (2,4 %).

У ряда пациентов можно встретить сочетание ВП, ИБС, МА в 6,9 % случаев (14 человек).

Выводы: в современной клинической практике все чаще можно встретить больных, у которых несколько заболеваний (ИБС, АГ, МА, ВП) сочетаются с ХОБЛ. Совокупность этих социально значимых заболеваний отражают новый этап болезней наступившего века, что требует определенной коррекции в терапии этих патологических состояний.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ОСТРОГО ТЕЧЕНИЯ ИНФЕКЦИОННОГО ЭНДОКАРДИТА

Ю.С. Клименко

Научный руководитель: Л.В. Павлющенко
ДВГМУ, г. Хабаровск

Инфекционный эндокардит – одно из самых тяжелых заболеваний сердечнососудистой системы. За последние 20 лет заболеваемость ИЭ выросла в 3 раза, что связано с увеличением распространенности внутривенных форм наркомании и расширением арсенала инвазивных лечебно-диагностических вмешательств, представляющих собой факторы риска развития ИЭ. По данным отечественных авторов заболеваемость инфекционным эндокардитом составляет от 1,7 до 6,5 случаев на 100 000 населения в год.

Симптомы инфекционного эндокардита неспецифичны, что составляет трудность диагностики. Особенно актуально раннее выявление заболевания при высокой активности инфекционного процесса и быстром формировании порока клапанов. Приводим клинический случай острого течения заболевания.

Больная Н., 1957 г. р., была доставлена в МУЗ ГКБ № 11 г. Хабаровска 24.10.2013 г. с жалобами на лихорадку с ознобами до 39 °С, боли в суставах, ломоту в мышцах, резкую слабость, одышку при обычной физической нагрузке, приступообразные давящие боли за грудиной.

Из анамнеза выяснено, что страдает артериальной гипертензией с 2011 г., регулярного лечения не получала. Заболела остро 10.10.2013 г., когда появились лихорадка с ознобами, интенсивные боли в суставах, их покраснение и отек. Принимала НПВС с кратковременным положительным эффектом. Наличие и обострение хронических воспалительных заболеваний, вредные привычки отрицала. За медицинской помощью обратилась 24.10.13 г.

При осмотре: состояние тяжелое, сознание ясное. Периферических отеков нет. В легких перкуторно легочный звук, при аускультации дыхание жесткое, хрипов нет. ЧД 18 в 1 мин. Границы сердца не расширены. При аускультации тоны приглушенные, ритмичные, диастолический шум на Ао и V точке, ЧСС 102 уд. в 1 мин., АД 120/60 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не выступает из-под края реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Физиологические отправления в норме. В ОАК – лейкоц. $29,4 \times 10^9$, п/я 30 %, СОЭ 50 мм/ч. На ЭКГ – синусовая тахикардия, признаки систолической перегрузки левого желудочка. На ЭхоКГ обнаружены вегетации на АК и МК, недостаточность АК 1 ст. Больная была госпитализирована в стационар с Ds: Инфекционный эндокардит, вальвулит аортального клапана с развитием его недостаточности. АГ 3 ст. 4 ст. риска. ХСН I ст. II ФК. Назначена антибактериальная терапия (цефтриаксон + ципрофлоксацин), небольшие дозы диуретиков, инг. АПФ, β -блокаторов. Однако состояние больной прогрессивно ухудшалось: сохранялась высокая лихорадка с потрясающими ознобами, быстрыми темпами нарастала левожелудочковая, а затем и правожелудочковая недостаточность. Производилась неоднократная смена антибактериальной терапии (амоксиклав, меропенем, ванкомицин) без существенного положительного эффекта. Посев крови был стерilen. На ЭхоКГ в динамике (06.11.13 г.) выросла регургитация на АК до 2-3-й ст., появились вегетации на ТК, признаки легочной гипертензии. Консультирована кардиохирургами – в экстренном оперативном вмешательстве не нуждается. При нарастающих явлениях сердечнососудистой недостаточности 13.11.14 г. наступила смерть больной.

К сожалению, несмотря на успехи современной медицины и своевременную диагностику (в первые дни обращения), острое и «злокачественное» течение современного инфекционного эндокардита имеет зачастую неблагоприятный исход.

ПОБОЧНЫЕ РЕАКЦИИ НА ЛЕКАРСТВЕННЫЕ ПРЕПАРАТЫ ПО ДАННЫМ ОБРАЩАЕМОСТИ ЗА ЭКСТРЕННОЙ ПОМОЩЬЮ В Г. БЛАГОВЕЩЕНСКЕ ЗА 2010–2013 ГОДЫ

С.М. Копейкина

Научный руководитель: д-р мед. наук, проф. Ю.С. Ландышев
Амурская государственная медицинская академия, г. Благовещенск

Актуальность. В последние десятилетия аллергия стала одной из актуальных медико-социальных проблем в связи с глобальной распространенностью и интенсивным ростом заболеваемости. Частота возникновения нежелательных реакций достигает 17 % у госпитализированных больных и 4-6 % у амбулаторных пациентов (Henry D.C., et al., 1999).

Важность изучения частоты возникновения и нозологии неблагоприятных побочных реакций (НПР) продиктована внезапностью и непредсказуемостью развития, а также тяжестью клинических проявлений, таких как анафилактический шок, отек Квинке, токсикоаллергические состояния (в том числе синдром Лайелла), с высокой вероятностью развития летальных исходов. Летальный исход в основном связан с развитием АШ (от 1 до 6 % случаев шока) и около 50 % случаев приходится на синдрома Лайелла (Хаитов Р.М. соавт., 2009).

Цель исследования. Изучить заболеваемость, этиологические факторы и клинические проявления неблагоприятных побочных реакций (НПР).

Материалы и методы исследования. Проведен ретроспективный анализ извещений о НПР на станции СМП г. Благовещенска с 2010 по 2013 гг.

Результаты. Из анализированных 287 извещений причинно-значимыми аллергенами явились лекарственные аллергены. Из всех вызовов СМП, 54 (18,9 %) вызова – к детям и 233 (81,1 %) – ко взрослым пациентам. Возраст больных от одного месяца до 91 года. Среди всех больных с НПР было 179 (62 %) женщин и 108 (38 %) мужчин. Среди детей было одинаковое количество девочек и мальчиков, среди взрослых преобладали – женщины (65,2 %).

Среди причин развития лекарственных НПР лидируют антибиотики (аминопенициллины, цефалоспорины, фторхинолоны, макролиды и др.) в 72 (25 %) случаях. Другими наиболее часто вызывающими НПР среди лекарственных средств явились НПВП (нурофен, парацетамол, кеторол и др.) у 34 чел. (11,8 %), гипотензивные препараты у 22 чел. (7,6 %), причем большинство реакций обусловлено приемом ингибиторов АПФ, анальгетирующие ненаркотические средства (цитрамон, ревалгин, темпалгин и др.) у 19 чел. (6,6 %), витамины (С, группы В, поливитаминные препараты, никотиновая кислота, фолиевая кислота) у 13 чел. (4,5 %), на местные анестетики (артикаин, лидокаин, скандонест и др.) и муколитики (амброксол, аскорил, геделикс и др.) пришлось по 10 (3,4 %) вызовов СМП. На другие

препараты пришлось 101 (35,2 %) случай вызова СМП. Более двух препаратов стали причиной развития НПР у 6 (2,5 %) человек.

Аллергия на лекарственные препараты клинически проявлялась в виде острой крапивницы у 129 (45 %) пациентов, острого отека Квинке у 83 (29 %), анафилактического шока у 33 (11,4 %), острой крапивницы в сочетании с острым отеком Квинке также у 33 (11,4 %) человек, острого атопического дерматита у 5 (1,7 %) человек. НПР в виде тошноты и рвоты отмечены у 4 чел. (1,4 %).

Анафилактический шок (АШ) чаще всего был обусловлен применением антибактериальных препаратов (наиболее часто цефалоспоринов III поколения) – 9 (27,3 %) случаев и местных анестетиков (наиболее часто лидокаина и артикаина) – 7 (21,2 %) случаев. По 2 (6,1 %) случая пришлось на спазмолитики (спазмалгон, папаверин), ингибиторы фибринолиза (контрикал), антиоксиданты (мексидол), вакцины (коревая, для профилактики клещевого энцефалита), ненаркотические анальгетические средства (баралгин). По 1 (3 %) случаю АШ вызвали актовегин, левамизол, панангин, аскорбиновая кислота, геделикс, натрия тиосульфат, утрожестан.

Выводы

1. Наиболее частой причиной развития НПР на лекарственные препараты являются антибиотики (25 %), среди которых лидирующее положение занимают аминопенициллины и цефалоспорины, а также НПВС (11,8 %).

2. Клинически острая аллергическая реакция на лекарства проявлялась чаще всего в виде острой крапивницы (45 %) и острого отека Квинке (29%).

3. Анафилактический шок чаще всего был обусловлен применением антибактериальных препаратов (наиболее часто цефалоспоринов III поколения) – 27,3 % и местных анестетиков (наиболее часто лидокаина и артикаина) – 21,2 %.

ИЗМЕНЕНИЯ ЭКГ У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ НАРУШЕНИЕМ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ

Е.Г. Коробко

Научный руководитель: д-р мед. наук, проф. С.Л. Жарский
ДВГМУ, г. Хабаровск

Актуальность. Центральная нервная система играет важную роль в регуляции сердечной деятельности. В связи с этим при острых нарушениях мозгового кровообращения могут возникать те или иные отклонения в работе сердечно-сосудистой системы, среди которых нарушения сердечного ритма, повышение или понижение артериального давления, а также изменения электрокардиограммы. В свою очередь, кардиальные нарушения,

развивающиеся вследствие инсульта, могут оказывать существенное, в том числе и негативное влияние на состояние ЦНС.

Целью настоящего исследования стало определение особенностей изменений ЭКГ у больных мозговым инсультом в зависимости от его локализации и исхода.

Материалы и методы. В ходе исследования было проанализировано 72 истории больных мозговым инсультом (30 мужчин и 42 женщины) в возрасте от 39 до 89 лет, находившихся на лечении в неврологическом отделении ККБ № 2. Оценивали характер инсульта (ишемический или геморрагический), его локализацию и исход. Среди показателей ЭКГ особое внимание обращали на изменения зубца Т и сегмента ST, длительность интервалов PQ и QT, частоту сердечных сокращений (ЧСС), нарушения ритма.

Статистическую обработку проводили с использованием t-критерия Стьюдента и критерия χ -квадрат.

Результаты. ЭКГ-отклонения отсутствовали только у 5,6 % больных, причем в этой группе не наблюдалось летальных исходов.

Самой частой патологией была тахикардия (ЧСС >90 уд./мин.), которая ассоциировалась с ухудшением прогноза ($p < 0,05$). Её наблюдали у 59 % умерших (ЧСС_{ср.} – 106 ± 8) и 22 % выживших (ЧСС_{ср.} – 72 ± 3) после инсульта больных. Другие отклонения ЭКГ заключались в изменении зубца Т (которые включали инверсию, высокий «коронарный» зубец, Т на изолинии) – 31,9 %, смещении сегмента ST относительно изолинии – 50 %, удлинении интервала QT – 26 %, укорочении PQ – 5,5 %, У 68,1 % больных наблюдали нарушения сердечного ритма, среди которых были: фибрилляция предсердий – 25 %, брадикардия – 25 %, синусовая аритмия – 4 %, желудочковая экстрасистолия (в том числе политопная) – 9,7 %, наджелудочковая экстрасистолия – 4 %. Наличие у больных фибрилляции предсердий также ассоциировалось с ухудшением прогноза – летальный исход наблюдали у 50 % больных с этой аритмией против 24 % среди больных с синусовым ритмом ($p < 0,05$).

Другими ЭКГ-показателями, ассоциировавшимися с неблагоприятным исходом ($p < 0,01$) оказались удлинение или укорочение интервала QT, депрессия сегмента ST. Удлинение интервалов QT и PQ чаще наблюдали при левополушарной локализации очага ($p < 0,05$). Поражение же правого чаще сопровождалось тахикардией ($p < 0,05$).

В связи с небольшой долей аутопсий, выполненных умершим от инсульта больным, нам не удалось проанализировать частоту и выраженность морфологических изменений миокарда у тех из них, у которых наблюдались изменения желудочкового комплекса в виде смещения интервала ST и инверсии зубца Т.

Заключение: развитие мозговых инсультов может сопровождаться изменениями ЭКГ, в том числе отклонениями со стороны желудочкового комплекса, что требует тщательной дифференциальной диагностики для

исключения острого коронарного синдрома. Наличие фибрилляции предсердий, тахикардии, удлинение или укорочение интервала QT, депрессия сегмента ST у больных с мозговым инсультом ассоциируется с неблагоприятным прогнозом заболевания.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У БЕРЕМЕННЫХ

Т.А. Лучникова

Научный руководитель: д-р мед. наук, доц., О.Б. Приходько
Амурская государственная медицинская академия, г. Благовещенск

Бронхиальная астма (БА) в последние десятилетия является одной из наиболее актуальных проблем пульмонологии, при этом постоянный рост числа больных, в том числе, и детородного возраста, объясняет возрастающий интерес к проблеме БА у беременных во всем мире.

Цель работы – изучение особенностей клиническо-эпидемиологического течения БА у беременных.

Проанализировано клиническое течение БА у 75 беременных на протяжении 2009–2013 гг.

Средняя длительность заболевания составила, соответственно, $9,7 \pm 2,5$ лет и $7,1 \pm 2,1$ года. Длительность течения БА у беременных за последние 4 года сократилась, в последние годы увеличился процент (почти на 20 %) пациенток с длительностью БА менее 5 лет, и увеличение на 1,5 % манифестации заболевания в гестационном периоде. Среди больных с БА, впервые дебютировавшей во время беременности, аллергическая форма выявлена в 7 (63,6 %) случаях, неаллергическая – в 4 (36,3 %). При этом легкое течение заболевания наблюдалось у 4 больных (36,3 %), среднетяжелое – у 6 (54,5 %), тяжелое – у 1 (9,2 %), то есть, при манифестации БА в периоде гестации чаще отмечалось среднетяжелое ее течение. За последние годы выявлено увеличение числа беременных с тяжелым течением астмы, всего 15 беременных и тенденция к росту среди беременных с БА доли пациенток со средним течением заболевания – 35 беременных, хотя в предыдущие периоды отмечен рост пациенток с легким течением.

За последние годы отмечается склонность к увеличению числа беременных с аллергической формой бронхиальной астмы и уменьшению – неаллергической 70 и 12 % соответственно, причем аллергическая форма чаще встречалась при бронхиальной астме легкого и среднего течения, а неаллергическая и смешанная при бронхиальной астме тяжелого течения, что связано с отягощенным легочным анамнезом (кистозная гипоплазия легких – 4 беременные, у одной из них лобэктомия в детском возрасте, туберкулез – 2 беременные, курение – 20 беременных, ХОБЛ – 8 беременных). В структуре причинно-значимых аллергенов преобладающими были: быто-

вые – у 48 (64 %) больных, пыльцевые – у 36 (48 %), реже отмечались пищевые – у 10 (13,3 %), эпидермальные – 28 (37,3 %). Отмечен высокий процент лекарственной аллергии – у 39 (2 %), в структуре которой ведущие места занимали антибактериальные препараты, витамины, местные анестетики. У большинства больных – 60 (80 %) – выявлена поливалентная сенсибилизация к нескольким группам аллергенов.

Из неспецифических факторов, способствующих обострению БА, преобладали: ОРВИ – у 52 (69,3 %) больной, психо-эмоциональное напряжение – у 43 (57,3 %), влияние метеоусловий – у 45 (60 %), физической нагрузки – у 29 (38,6 %).

Отмечена тенденция к увеличению сопутствующих внелегочных проявлений аллергии – аллергического ринита (в 1,3 раза), поллиноза (в 0,8 раза), атопического дерматита (в 1,8 раза), крапивницы (0,5 раза), отека Квинке (в 1,2 раза). Увеличение частоты респираторной аллергии, происходящее пропорционально утяжелению течения БА, подтверждает концепцию ARIA о единстве аллергического воспаления в верхних и нижних дыхательных путях.

Известно, что на характер течения БА оказывает влияние сопутствующая экстрагенитальная патология, частота которой среди наблюдаемых беременных составляет 3,1 на одну больную (в группе сравнения – 0,3). В настоящее время увеличился процент беременных страдающих ожирением I–III степени на 2,5 %, пролапс митрального клапана на 3,2 %, нейроциркуляторной дистонии на 2,2 %, что в дальнейшем может привести к утяжелению бронхиальной астмы и развитию эндотелиальной дисфункции.

Полученные нами данные диктуют необходимость первичной профилактики БА предусматривающей ограничение воздействия факторов риска ее развития в перинатальном периоде, профилактика пищевой, бытовой, эпидермальной, лекарственной аллергии, что снизит манифестацию ранней астмы и отсрочит влияние отрицательных воздействий на формирование болезни в более поздние периоды детства.

СТРУКТУРА ДИАБЕТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1-ГО ТИПА Г. МИНСКА

Л.В. Непша, Т.С. Пучок

Научный руководитель: канд. мед. наук Е.Г. Мохорт
Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск

Актуальность. Сахарный диабет является одной из важнейших медико-социальных проблем современного общества, имеющих тенденцию к росту. Пациенты с сахарным диабетом 1-го типа – это люди преимущественно молодого и трудоспособного возраста, у которых быстро развиваются осложнения при неадекватном и несвоевременном лечении,

что приводит к развитию инвалидизации, снижению качества и продолжительности жизни.

Цель: выявить частоту диабетических осложнений у пациентов с сахарным диабетом 1-го типа г. Минска.

Материал и методы. Были изучены 214 амбулаторных карт пациентов с сахарным диабетом 1-го типа, наблюдающихся в УЗ «Городской эндокринологический диспансер» г. Минска. Проведен анализ результатов осмотров терапевта, офтальмолога, невролога и подотерапевта, а также лабораторных показателей: микроальбуминурия, креатинин, СКФ, рассчитанная по формуле Кокрофта-Голта. Оценивался средний возраст, стаж заболевания пациентов.

Результаты. Средний возраст пациентов составил 36 ± 12 лет, средний стаж сахарного диабета 1-го типа 16 ± 10 лет. Повышение креатинина было выявлено у 31 пациента (16,3 %). Наличие микроальбуминурии отмечено у 67 пациентов (31,3 %). Снижение СКФ – ниже 90 мл/мин. выявлено у 73 человек (34,1 %), из них у 18 пациентов ниже 60 мл/мин. Диагноз диабетическая нефропатия 3-й ст. выставлен у 31,3 %, 4-й ст. – у 9,57 %, 5-й ст. – у 2,78 % пациентов. Количество пациентов, страдающих диабетической полинейропатией 164 (78,75). Диабетическая ретинопатия 1-й ст. – 37 человек (32,68 %), 2-й ст. – 35 человек (17,08 %), 3-й ст. – 18 человек (8,78 %).

Выводы

1. В структуре диабетических осложнений превалируют начальные стадии поздних диабетических осложнений – диабетическая нефропатия 3-й ст., диабетическая непролиферативная ретинопатия. Большинство пациентов имеют диабетическую дистальную полинейропатию.

2. Для устранения дальнейшего прогрессирования осложнений необходима строгая коррекция углеводного обмена, а также своевременное лечение уже имеющихся осложнений.

БОЛЕЗНЬ ВИЛЬСОНА-КОНОВАЛОВА

Е.В. Пан, К.А. Кидрачева

Научные руководители: канд. мед. наук, доц. Н.В. Казакевич,

канд. мед. наук, доц. А.Н. Евсеев

ДВГМУ, г. Хабаровск

Болезнь Вильсона-Коновалова (гепатоцеллюлярная дегенерация) – заболевание, наследуемое по аутосомно-рецессивному типу характеризующееся избыточным накоплением меди в организме. Распространенность заболевания – в среднем 30 случаев на 1 млн человек.

Мутантный ген, детерминирующий развитие этого заболевания и расположенный на 13 хромосоме, кодирует белок, ответственный за внутриклеточный транспорт ионов меди.

Выделяют 3 формы болезни Вильсона-Коновалова 1) с поражением печени, 2) с поражением нервной системы, 3) смешанная форма. Патогномоничным симптомом является обнаружение кольца Кайзера-Флейшера.

Клинический случай болезни смешанной формы Вильсона-Коновалова. Пациентка М., 51 год, поступила в ГКБ № 11 7 октября 2013 с жалобами на желтушность кожных покровов, увеличение объема живота. При осмотре: кожные покровы и склеры бледно-желтушной окраски, сосудистые звездочки на груди и плечах, пастозность голеней и стоп. Патогномоничный симптом – кольцо Кайзера-Флейшера вокруг зрачка, а также тремор, тихая речь, заикание, паузы между ответами, хромота. При пальпации живот безболезненный, печень выступает из-под края реберной дуги на 4 см.

В анамнезе: с 1996 г. – хронический гепатит неуточненной этиологии, ассоциированный с циррозом печени. В 2001 г. появились жалобы на нарушение речи, тихий голос, заикание, в связи с чем была обследована в ККБ г. Ростова, где был установлен диагноз болезни Вильсона-Коновалова. Рекомендован прием купренила, который был отменен в 2007 году ввиду развившейся на его фоне тромбоцитопении. Аналогов ему назначено не было.

Самостоятельно принимала гепатопротекторы, придерживалась диеты. Несмотря на это, самочувствие ухудшалось. Была госпитализирована в 11 больницу г. Хабаровска. Маркеры гепатита В и С не обнаружены. Проводилось лечение. Однако состояние больной не улучшалось и 25 октября ее перевели в Дорожную клиническую больницу № 1, где к лечению был добавлен Револейд.

По данным инструментальной диагностики на рентгенограмме органы грудной клетки без патологии, справа установлен подключичный катетер. По ЭКГ ритм синусовый, в дальнейшем были зафиксированы фибрилляция предсердий с присоединением пароксизма мерцательной аритмии и развитием синдрома Фредерика. При эндоскопическом исследовании установлена эрозивная гастропатия. По данным УЗИ гепатоспленомегалия, инфицированный асцит.

11 ноября на фоне полиорганной недостаточности развилась анурия, отмечено повышение уровня креатинина и мочевины в крови, что трактуется как гепаторенальный синдром.

В 23:00 у пациентки началось желудочно-кишечное кровотечение, в 23:20 зафиксирована клиническая смерть. Реанимационные мероприятия в течение 30 минут без эффекта. В 23:50 – биологическая смерть. Был поставлен клинический диагноз: Гепатолентикулярная дегенерация, цирроз печени, класс «С» по Чайлд-Пью, который подтвердился при аутопсии пе-

чени. При макроскопическом исследовании выявлена бугристая плотная печень темно-красного цвета с множественными узлами размером от 0,5 до 2 см. Микроскопически в печени преобладали некрозы и дистрофические изменения гепатоцитов, холестаза, отек и лимфоидно-макрофагальные инфильтраты в портальных трактах, массивные фиброзные прослойки, «ложные» долики.

Терапия этой болезни была затруднена в связи с выраженной аллергической реакцией пациентки на купренил. Проводилось симптоматическое лечение, которое не давало эффекта. На этапе последней госпитализации прогноз был уже неблагоприятный.

Таким образом, в данном наблюдении отмечены: начальные проявления болезни Вильсона-Коновалова – в старшем возрасте (34 года), поздний дебют неврологической симптоматики – 39 лет, непереносимость купренила в виде выраженной тромбоцитопении и развитие синдрома Фредерика.

ВЫЯВЛЕНИЕ НАРУШЕНИЙ ВЕГЕТАТИВНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ С ПОМОЩЬЮ КАРДИОВАСКУЛЯРНЫХ ПРОБ У МАШИНИСТОВ С НЕЙРОЦИРКУЛЯТОРНОЙ ДИСТОНИЕЙ И ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ

С.В. Пешкова

Научный руководитель: канд. мед. наук О.А. Щербакова
Читинская государственная медицинская академия, г. Чита

Цель работы: проанализировать степень выраженности нарушений функций вегетативной нервной системы у пациентов с нейроциркуляторной дистонией (НЦД) и гипертонической болезнью (ГБ) с помощью проведения кардиоваскулярных проб у работающих железнодорожников, обеспечивающих безопасность дорожного движения.

Материалы и методы: в исследование включены 64 мужчины, страдающих НЦД по гипертоническому типу и ГБ 1-й стадии, находившихся на стационарном лечении в отделении кардиологии НУЗ ДКБ на ст. Чита-2 в период сентябрь 2013 г. по январь 2014 г. Диагнозы выставлены в соответствии МКБ-10. Средний возраст больных составил 29 ± 6 лет. Всем пациентам проводилась запись электрокардиограммы с определением вариабельности ритма сердца и проведением кардиоваскулярных проб: проба с глубоким дыханием (К дых), проба Вальсальвы (К вальс), ортостатическая проба (К 30/15, снижение АДс (орто)), проба с изометрическим сокращением (прирост АДд (изо)) в программе «Поли-Спектр». По результатам проведенных проб суммировались баллы (0-1 балл – нет нарушений, 2-3 балла – умеренные нарушения, 4 и более – выраженные нарушения) на основании которых оценивалась степень нарушений симпатической и пара-

симпатической вегетативной нервной системы (СВНС, ПВНС, соответственно). Статистическая обработка полученных результатов проводилась при помощи программы «Statistica 6.0» непараметрическими методами (критерий Манна-Уитни, хи-квадрат χ^2). Статистически значимыми считали значения $p < 0,05$.

Результаты: первую группу составили 36 (56 %) больных НЦД по гипертоническому типу, вторую группу – 28 (44 %) пациентов с ГБ 1-й стадией. Установлено, что у 50 % (18) мужчин 1-й группы встречалось умеренное нарушение функций СВНС и у 71 % (20) больных 2-й группы, внутри групп статистически значимой разницы не выявлено ($p < 0,7$). Умеренное нарушение функции ПВНС в группе НЦД отмечалось в 61 % случаев, а в группе ГБ – у 7 % ($p < 0,0001$). Выраженное нарушение функции СВНС было выявлено у 7 % больных ГБ, а в группе с НЦД таковых изменений не отмечалось. У мужчин 1-й группы выраженное нарушение функции ПВНС встречалось в 5 %, а во 2-й группе в 50 % случаев ($p < 0,0001$). Установлено, что у 8 % больных 1-й группы наблюдалось сочетание нарушений функций СВНС и ПВНС, а во 2-й группы в 32 % случаев ($p < 0,03$). Выявлено, что пограничное значение показателей, характеризующих нарушения функций ПВНС ($K_{\text{дых.}}$, $K_{30/15}$) на 16 % и 3 % (соответственно) встречались чаще у больных НЦД, чем у пациентов с ГБ, а значение показателя, характеризующего нарушение функции СВНС (прирост АДД (изо)) на 30 % у больных НЦД отмечалось чаще, чем у пациентов с ГБ. Патологические значения показателей $K_{\text{дых.}}$, $K_{30/15}$ у больных 1-й группы встречались реже в 1,5 и 3 раза (соответственно), чем у больных с ГБ. Патологическое значение показателя, прирост АДД (изо) на 29 % было реже в 1-й группы, чем во 2-й группе ($p < 0,05$). $K_{\text{вальс.}}$, характеризующий нарушения функции СВНС и ПВНС, в 11 % наблюдался реже в 1-й группе по сравнению со 2-й группой. Изменений показателя снижение АДС (орто) в группе НЦД не встречалось, тогда, как в группе с ГБ составило 7 % больных.

Выводы: таким образом, с помощью кардиоваскулярных проб обнаружены патологические изменения вегетативной нервной системы у мужчин-железнодорожников, обеспечивающих безопасность дорожного движения, страдающих гипертонической болезнью и нейроциркуляторной дистонией. Сочетанные и выраженные нарушения функций симпатической и парасимпатической вегетативной нервной системы чаще выявлялись у пациентов с гипертонической болезнью 1-й стадии. У больных же с нейроциркуляторной дистонией по гипертоническому типу чаще встречались пограничные значения параметров, характеризующих нарушение функций парасимпатической и симпатической вегетативной нервной системы.

ИССЛЕДОВАНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ФУНКЦИИ ВНЕШНЕГО ДЫХАНИЯ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЁГКИХ И СИНДРОМОМ ОБСТРУКТИВНОГО АПНОЭ СНА

С.В. Пешкова

Научный руководитель: канд. мед. наук О.А. Щербакова
Читинская государственная медицинская академия, г. Чита

Сочетание синдрома обструктивного апноэ сна и хронической обструктивной болезни лёгких у пациентов ведёт к более быстрому развитию легочной гипертензии и утяжелению хронической дыхательной недостаточности, также у них доказана более высокая частота ночной смерти.

Цель работы. Оценить изменение показателей функции внешнего дыхания у больных хронической обструктивной болезнью лёгких (ХОБЛ), синдромом обструктивного апноэ сна (СОАС) и их сочетанием, а также влияние курения на данные показатели.

Материалы и методы. У 98 пациентов с ХОБЛ, СОАС, сочетанием ХОБЛ и СОАС проведен ретроспективный анализ историй болезни, находившихся на стационарном лечении в НУЗ ДКБ на ст. Чита-2 в 2013 году. Средний возраст больных составил 48 ± 4 года. Всем пациентам проведено кардиореспираторное мониторирование на аппарате «Кардиотехника-04-ЗРМ» в течение 20 ± 4 часов, исследование функции внешнего дыхания, общий анализ крови. Статистическая обработка полученных результатов проводилась при помощи программы «Statistica 6.0». Статистически значимыми считали различия при $p < 0,05$.

Результаты. Все пациенты были разделены на 3 группы: 1-я – 26 (26 %) больных ХОБЛ, 2-я – 44 (44 %) пациента с СОАС; 3-я – 28 (28 %) с ХОБЛ и СОАС. В группе больных ХОБЛ выявлено 61% курильщиков, среди пациентов с СОАС – 27 % пациентов и в группе ХОБЛ и СОАС – 50 % больных. Выявлено, что в 3-й группе индекс пачка/лет составил 22,5, во 2-й – 15, в 1-й – 10. Показатель жизненной ёмкости лёгких (ЖЕЛ) у больных ХОБЛ и СОАС был ниже на 15 % по сравнению с СОАС ($p < 0,05$). Установлено, что у пациентов с ХОБЛ и с сочетанием ХОБЛ и СОАС индекс Тиффно был снижен на 10 % по сравнению с таковым у больных СОАС ($p < 0,04$), между тем, внутри групп статистически значимой разницы обнаружено не было. Уровень гемоглобина и эритроцитов крови у пациентов с СОАС был выше на 7 % и 6 %, чем у больных ХОБЛ и сочетанием ХОБЛ и СОАС, соответственно ($p < 0,02$). При этом уровень гемоглобина крови у курящих пациентов 3 группы на 7 % и 5 % выше, чем у курящих 1 и 2 групп, соответственно ($p < 0,01$). ОФВ1/ФЖЕЛ и индекс Тиффно среди некурящих пациентов с СОАС был выше на 13 % и 11 %, соответственно чем у некурящих с ХОБЛ и СОАС ($p < 0,05$). У не-

курящих с СОАС и ХОБЛ уровень гемоглобина крови на 5 % выше, по сравнению с некурящими больными ХОБЛ ($p < 0,0001$). Среди курящих всех 3 групп значения ЖЕЛ, ФЖЕЛ, ОФВ1, ОФВ1/ФЖЕЛ, МОС25,50,75 статистически значимо не отличались. Установлено, что в группе некурящих пациентов с ХОБЛ и СОАС значение максимальной объёмной скорости 25 % выдоха МОС25 и МОС50 меньше на 23 % и 27 %, соответственно ($p < 0,0003$), чем у больных СОАС.

Выводы. Выявлены изменения показателей функции внешнего дыхания у больных СОАС и с сочетанием ХОБЛ и СОАС, причём у последней отмечались наиболее выраженные нарушения. При анализе показателей функции внешнего дыхания у курящих больных во всех 3 группах статистически значимой разницы не выявлено, однако отмечалось повышение уровня гемоглобина у больных ХОБЛ и СОАС. При этом у некурящих пациентов с сочетанием ХОБЛ и СОАС установлено нарушение бронхиальной проходимости. Уровень гемоглобина крови у некурящих с ХОБЛ и СОАС выше, по сравнению с группой некурящих больных ХОБЛ.

ФАКТОРЫ РИСКА ОБОСТРЕНИЯ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА

Т.А. Пузикова, Ю.В. Черноусова

Научный руководитель: д-р мед. наук, проф. Ю.Л. Федорченко
ДВГМУ, г. Хабаровск

Острый коронарный синдром (ОКС) остается сегодня одним из наиболее опасных сердечно-сосудистых диагнозов. В России ежегодно регистрируется порядка 520 000 случаев ОКС, из них 36,4 % приходится на инфаркт миокарда (ИМ) и 63,3 % – на нестабильную стенокардию.

ОКС – это термин, обозначающий любую группу клинических признаков или симптомов, позволяющих подозревать инфаркт миокарда или нестабильную стенокардию. Включает в себя ОИМ, ИМ с подъемом ST, ИМ без подъема ST, нестабильную стенокардию.

В 2013 г. на базе Краевой клинической больницы № 2 был создан Краевой сердечно-сосудистый центр. В 2013 г. только в отделении кардиологии № 2 находилось на лечении 323 больных с инфарктом миокарда. За 2013 г. было проведено 233 коронароангиографии.

Целью нашей работы было определить факторы, способствующие обострению ИБС с развитием острого коронарного синдрома, а так же причин позднего поступления больных с данной патологией в стационар.

Материалы и методы исследования, использовавшиеся в нашей работе: обследовано 84 пациента, проходивших лечение в инфарктном и кардиологическом отделении ККБ № 2, из них 41 мужчина и 43 женщины,

средний возраст – $64,5 \pm 4,8$ лет. На основании жалоб, анамнеза, данных ЭКГ, КАГ, ЭХОКС, специфических кардиоферментов установлен диагноз инфаркт миокарда. Из 84 пациентов 38 больных с Q инфарктом миокарда, 46 – с не Q инфарктом миокарда. Проводилось заполнение специально разработанной анкеты согласно задачам исследования. Статистический анализ проводился по программе Statistica 6.0, использовали критерий Стьюдента и Фишера.

Результаты работы. По данным наших исследований ведущее место среди причин, влияющих на обострение ИБС, занимали физическая нагрузка (19 %), изменение лекарственной схемы лечения (14 %) и стресс (13 %). Хотя достаточно большое количество пациентов (24 %) не могли назвать точную причину обострения. У мужчин наиболее частыми причинами обострения являлись физическая нагрузка (29,3 %), изменение схемы лечения и употребление алкоголя (по 9,8 %). У женщин на первом месте было изменение схемы лечения (18,6 %), далее стресс (18,5 %) и отсутствие денег на лекарства (11,6 %). Причиной обострения у больных до 60 лет чаще выступала физическая нагрузка (21,4 %), затем изменение схемы лечения (14,2 %), отказ от приёма препаратов и употребление алкоголя (по 10,7 %). Что касается больных старше 60 лет, то у них на первом месте так же имела место физическая нагрузка (17,9 %), далее стресс (16 %) и изменение схемы лечения (14,3 %). По срокам поступления в стационар пациенты разделились на следующие категории: 27 больных с ОКС были доставлены в промежутке от 2 до 12 часов, 26 больных – через 12-24 часа, 15 больных – через 1-2 часа, 12 больных – через 1 сутки и более, 4 человека – до 1 часа. Причём женщины доставлялись в стационар позже мужчин: 39,5 % – через 12-24 часа, 25,6 % – через 2-12 часов, 1 сутки и более – 16,3 %, до 1 часа – 4,7 %. Среди мужчин 39 % было доставлено в стационар через 2-12 часов, 21,9 % – через 1-2 часа и 21,9 % – через 12-24 часа, 12,2 % – 1 сутки и более, 4,9 % – до 1 часа. Большинство больных до 60 лет было доставлено в стационар через 12-24 часа (42,9 %), 35,7 % – через 2-12 часов, 10,7 % – через 1-2 часа и такой же процент был доставлен через сутки и более. Большая часть больных старше 60 лет доставлялась в стационар через 2-12 часов (30,4 %), 25 % через 12-24 часа, 16,1 % – через сутки и более, и только 21,4 % – через 1-2 часа, а 7,1 % – до 1 часа. Из причин позднего поступления в стационар первое место занимали позднее обращение больных (25 человек), далее несвоевременный приезд СМП (14 человек), у 10 больных не был диагностирован ОКС врачом СМП, 8 больных отказались от госпитализации при первичном вызове, 4 – добирались самостоятельно и ещё 4 – были оставлены СМП дома. Из них 45,7 % женщин поздно обратились, для мужчин эта причина составила 30 %, 20 % женщин и 23,6 % мужчин связали позднее обращение с несвоевременным приездом СМП, у 20 % женщин и 10 % мужчин – не был диагностирован ОКС врачом СМП, 8,6 % женщин и 16,7 % мужчин – отказались от госпитализации,

и 2,9 % женщин и 10 % мужчин были оставлены дома по решению врача СМП, и такой же процент больных добиралась самостоятельно до больницы. У больных до 60 лет на первом месте среди причин несвоевременного обращения в стационар стояли поздний вызов СМП – 32 %, 20 % – отказались от госпитализации, у 16 % – не диагностирован ОКС врачом СМП и также 16% указывали причиной несвоевременный приезд СМП, 12% - добиралась самостоятельно и 4% были оставлены дома СМП. Большинство больных старше 60 лет также поздно обратились – 42,5 %, 25 % отметили несвоевременный приезд СМП, у 15 % – не диагностировал ОКС врач СМП, 7,5 % были оставлены дома и столько же отказались от госпитализации, 2,5 % добиралась самостоятельно.

В результате исследования были получены данные, которые позволяют в рамках проведенного исследования определиться, что является факторами риска обострения ИБС в разных возрастных и гендерных группах больных, а также оценить причины несвоевременного обращения пациентов с ОКС в специализированный стационар. Представленные сведения по данным вопросам могут оказаться полезными для коррекции выявленных факторов и причин.

ОЦЕНКА КОМПЕНСАЦИИ У ПАЦИЕНТОВ Г. МИНСКА С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1-ГО ТИПА

Т.С. Пучок, Л.В. Непша

Научный руководитель: канд. мед. наук Е.Г. Мохорт

Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск

Актуальность. Актуальность проблемы сахарного диабета 1-го типа определена распространенностью заболевания, а также тем, что он является основой для развития осложнений и тяжелых сопутствующих заболеваний и, поэтому, приводит к ранней инвалидизации и повышению смертности. Ранняя диагностика и своевременное начало инсулинотерапии позволяет улучшить прогноз у больных и отсрочить развитие сосудистых осложнений. Правильная тактика лечения больных является основой профилактики, как поздних осложнений, так и развития острых коматозных состояний.

Цель: оценить критерии компенсации у пациентов с сахарным диабетом 1-го типа г. Минска.

Материалы и методы. Были изучены 214 амбулаторных карт пациентов с сахарным диабетом 1-го типа, наблюдающихся в УЗ «Городской эндокринологический диспансер» г. Минска. Оценивался средний возраст пациентов, стаж сахарного диабета (СД), индекс массы тела (ИМТ), наличие артериальной гипертензии (АГ), лабораторные показатели: уровень гликированного гемоглобина (HbA1c), общего

холестерина, триглицеридов (ТГ).

Результаты. Средний возраст пациентов составил 36 ± 12 лет. Средний стаж заболевания – 16 ± 10 лет. Индекс массы тела – ниже 25 кг/м^2 у 58,4 % пациентов. Анализ уровня НвА1с показал, что 21 чел., что составило 11 %, были компенсированы (уровень НвА1с $< 6,5$); 35 чел. (18,3 %) — субкомпенсированы, 135 чел. (70,7 %) находились в состоянии декомпенсации (НвА1с $> 7,5$). Уровень ТГ в пределах нормы (до 1,7 ммоль/л) у 83 % пациентов. Общий холестерин в пределах нормы (до 5,2 ммоль/л) был определен у 130 пациентов, что составило 61,6 %. Диагноз артериальная гипертензия I ст. имеют 4,21 %, II ст. – 11,68 %, III ст. – 1,87 % пациентов.

Выводы

1. Анализ полученных результатов показывает, что большинство пациентов (70,62 %), включенных в исследование, находятся в состоянии декомпенсации. Данные пациенты требуют более тщательного наблюдения и коррекции проводимого лечения.

2. Пациентам, имеющим артериальную гипертензию, нарушение липидного спектра, необходимо назначение соответствующей диеты, гипотензивной и гиполипидемической терапии.

ВЕГЕТАТИВНЫЙ ТОНУС И ОРВИ

Т.И. Салко, Ю.С. Лукина, Е.А. Федорова,

Л.И. Гуринова, В.В. Дубинина

Научный руководитель: канд. мед. наук В.В. Дубинина

ДВГМУ, г. Хабаровск

Вегетативная нервная система (ВНС) наряду с ЦНС и системой гипоталамуса надпочечников составляет единую нейро-гуморальную систему, регулирующую функции и обеспечивающую оперативное и стратегическое управление адаптивным процессом в целостном организме. Проблема частых ОРВИ у детей и подростков на сегодня актуальна как никогда. Так и уровень заболеваемости ОРВИ среди студентов, который остается на высоком уровне. Частая заболеваемость напрямую связана с нарушением состояния общих адаптационных механизмов. Есть мнение, что причиной высокой заболеваемости ОРВИ является дисфункция ВНС, которая и приводит к адаптационным нарушениям.

Таким образом, целью нашего исследования было изучение взаимосвязи между исходной вегетативной реактивностью и заболеваемостью ОРВИ.

Были обследованы 50 студентов ДВГМУ методом случайной выборки. Исходную вегетативную реактивность исследовали с помощью метода кардиоинтервалографии. Далее для объективной оценки помимо личного

опроса были проанализированы данные по заболеваемости ОРВИ, выписанные из амбулаторных карт обследуемых. В каждой группе, полученной исходя из вегетативного статуса, были обработаны данные по заболеваемости ОРВИ при помощи программы «Statistika 5» с расчетом среднего значения ОРВИ/год \pm ошибка среднего и коэффициента корреляции (r) при помощи параметрической выборки.

На первом этапе получены следующие результаты: у 16 человек (%) выявлена исходная симпато- и гиперсимпатотония, у 21 человека – ваготония и 13 студентов оказались с нормальной реактивностью или эйтонией. На втором этапе были проанализированы данные по заболеваемостью ОРВИ у этих студентов. Студенты разделены на 3 группы согласно вегетативному тону. (I – симпатотоники, II – ваготоники и III – нормотоники). В каждой группе рассчитаны средние значения и выведен коэффициент корреляции для значимой группы. В I группе среднее количество ОРВИ в год составило $2,87 \pm 0,3$, во второй – $0,6 \pm 0,15$ и в III – $1,7 \pm 0,58$ соответственно ($p_1-p_2 \leq 0,05$).

Определив коэффициент корреляции, мы получили прямую умеренную корреляционную зависимость ОРВИ от исходного вегетативного тонуса.

Таким образом, согласно нашему исследованию, ОРВИ меньше болеют студенты с ваготоническим типом ВНС и выявлена прямая зависимость ОРВИ от тонуса ВНС.

По нашему мнению, ваготония действительно является благоприятным свойством для организма – замедленное дыхание и ЧСС – уже залог долголетия. Поэтому считаем целесообразным, в программе реабилитации часто болеющих студентов, а также для профилактики ОРВИ заниматься упражнениями – дыхательными, медитативными, а также немедикаментозными мероприятиями, такими как физиолечение, например, электросон. Работа в этом направлении авторами ведется.

ОСНОВНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ ОТДЕЛЕНИЙ

**ГБУЗ НСО «ГОРОДСКАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА № 12»
(ЗАБОЛЕВАНИЯ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ) ЗА 2013 ГОД**

**М.В. Скворцова, О.С. Функ, Н.Г. Мальцева, Н.И. Хребтова,
Н.Л. Шайде, Н.В. Литвинова**

Научные руководители: канд. мед. наук Н.В. Литвинова, Н.Л. Шайде
*Новосибирский государственный медицинский университет;
ГБУЗ НСО «Городская клиническая больница № 12», г. Новосибирск*

Актуальность. Рост частоты заболевания органов дыхания остается одной из актуальных проблем современной медицины, определяя высокий

уровень заболеваемости, смертности, а также инвалидизации населения. ХОБЛ – одна из важнейших причин нарушения здоровья и смертности по всему миру, в ближайшие десятилетия будет наблюдаться увеличение распространенности заболевания и смертности от ХОБЛ (GOLD, 2011). Летальность от ХОБЛ составляет около 4 % в структуре общей летальности и ревожным фактом является продолжающаяся тенденция к росту летальности от ХОБЛ. В период от 1990 до 2000 г. летальность от ХОБЛ выросла на 25,5 % (Mannino D.M., et al., 2002). Согласно прогнозам, к 2020 году ХОБЛ окажется на 3 месте среди наиболее значимых причин летальных исходов (Murray C.J., et al., 1997). В старших возрастных группах показатель летальности от пневмонии может достигать 30 % (Чучалин А.Г., 2011).

Цель. Определить частоту и структуру заболеваний органов дыхания в терапевтических отделениях (ТО) больницы за 2013 год.

Материалы и методы. Анализ историй болезни пациентов, находившихся на лечении в ГБУЗ НСО «Городская клиническая больницы № 12» (г. Новосибирск) в 2013 году.

Результаты. В 2013 году на лечении было 1507 пациентов с заболеваниями бронхолегочной системы (25,5 % от общего числа госпитализированных). Отмечается общий рост числа пациентов, поступивших с легочной патологией (пневмония, хронический бронхит, ХОБЛ) по сравнению с 2012 годом (955 человек). Вероятно, это связано с увеличением количества обслуживаемых районов города по неотложной помощи.

Пациенты с заболеваниями бронхолегочной системы занимают второе место после заболеваний сердечнососудистой системы среди всех пациентов, находившихся на лечении в ТО. Необходимо отметить, что включались лишь «основное заболевание», не учитывая данный вид патологии как «сопутствующее заболевание». Наиболее частые заболевания органов дыхания в ТО в 2013 году: 45 % – это больные с пневмонией различной степени тяжести; хронический бронхит, ХОБЛ – 43 %, бронхиальная астма – 7 % и экссудативный плеврит – 5 %. Наиболее частые заболевания органов дыхания в ТО в 2013 году: 45 % – больные с пневмонией различной степени тяжести; хронический бронхит, ХОБЛ – 43 %, бронхиальная астма – 7 % и экссудативный плеврит – 5 % от общего числа госпитализаций.

Средний возраст больных составил $63 \pm 1,5$ лет. В группе с пневмониями преобладают пациенты в возрасте 60-69 лет, таким образом, чаще встречались пневмонии у лиц пожилого и старческого возраста, которые представляют серьезную проблему из-за трудностей диагностики и лечения, высокой летальности. Увеличилось количество «диагностических» случаев, когда проводится дифференциальный диагноз пневмонии с туберкулезом, новообразованиями, ТЭЛА. За последний год

отмечается снижение на 5 % числа пациентов с бронхиальной астмой. Вероятно, это обусловлено более качественной терапией на догоспитальном этапе, широким внедрением современных лекарственных форм, обучению контролю над астмой в Школах здоровья.

Летальность от пневмонии в ТО за 2013 год составила 16,5 %. (2012 г. – 17,4 %), от ХОБЛ – 7,4 %, что выше по сравнению с 2012 годом (4,0 %).

Выводы. Среди нозологических форм заболевания органов дыхания занимают второе место. Наибольший процент среди заболеваний органов дыхания у пациентов ТО составляют пневмонии и ХОБЛ. Среди госпитализированных преобладают пациенты пожилого возраста, после 60 лет. Это, а также наличие сопутствующей патологии, необходимо учитывать для правильного назначения лекарственного средства, его дозирования, определения сроков назначения препарата.

АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТОНия У БЕРЕМЕННЫХ ПО ДАННЫМ КАРДИОЛОГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ

Е.А. Сычевская

Научный руководитель: канд. мед. наук, доцент Н.П. Кейзер
ДВГМУ, г. Хабаровск

Актуальность. Значительное количество неблагоприятных исходов беременности и родов связано с сердечно-сосудистой патологией у беременных женщин. Одним из главных факторов, неблагоприятно влияющих на исход беременности, является артериальная гипертензия беременных (АГ). Так, по данным ВОЗ, 20-33 % случаев материнской смертности связано с наличием у беременной артериальной гипертензии. Известно, что осложнения со стороны плода и новорожденного, связанные с АГ, возникают уже при уровне АД 140/90 и выше. Поэтому критерием наличия АГ у беременных являются цифры АД выше 130/85. Даже небольшое превышение нормальных показателей АД в первом триместре беременности является показанием для госпитализации в кардиологический стационар с целью обследования и уточнения диагноза (гипертоническая болезнь, вторичная гипертензия, НЦД). Для улучшения контроля АД изучение особенностей артериальной гипертензии у беременных является актуальной задачей.

Цель исследования. Анализ клинических особенностей АГ и некоторых показателей суточного мониторирования АД (СМАД) у беременных.

Материалы и методы. Мы провели анализ выписок из историй болезни 44 беременных женщин, госпитализированных в кардиологическое отделение ККБ № 2 с направительным диагнозом женской консультации – артериальная гипертензия. Возраст беременных колебался от 20 до 30 лет и

в среднем составил 30,4 года. Все женщины при госпитализации находились в первой половине беременности (22 женщины в 1 и 22 во 2 триместре), что исключает наличие у них АГ, связанной с гестозом.

Результаты. Окончательный диагноз АГ 1-2-й степени при выписке из стационара установлен у 30 из 44 беременных (68 %), из них у одной гипертензия носила вторичный нефрогенный характер. По данным СМАД средний уровень систолического АД (САД) составил $150,3 \pm 4,8$ мм рт. ст., диастолического (ДАД) – $101 \pm 8,3$ мм рт. ст. У 14 беременных (31,9 %) – диагноз АГ не подтвердился (31,9 %) и им при выписке установлен диагноз НЦД. Наличие у этой категории беременных АГ на амбулаторном этапе не исключает у них возможность гипертонии «белого халата». У большинства беременных (59 %) выявлена I степень АГ. АГ II степени отмечена у 22 % беременных с гипертонией, АГ III степени у 9 % (у 4 женщин). Повышение АД в ночные часы (принадлежность к «найтпикерам») выявлены у 1 беременной (8,3 %).

Коррекция АГ 1-й степени проводилась метилдопой (0,75 в сутки), при 2-й степени контроль АГ достигнут сочетанием метилдопы и бисапролола (эгилока). При наличии АГ 3-й степени в связи с высоким риском неблагоприятного исхода беременности рекомендовано ее прерывание.

Выводы. Наше исследование показывает частую гипердиагностику АГ беременных на амбулаторном этапе. При этом не исключается возможность наличия у этих беременных так называемой гипертонии «белого халата». Контроль АГ в первой половине беременности достижим в большинстве случаев приемом метилдопы, что соответствует Европейским и национальным Российским рекомендациям.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА МЕТОДОВ ОПРЕДЕЛЕНИЯ БЕЛКА В МОЧЕ, ПРИМЕНЯЕМЫХ В ЛЕЧЕБНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ Г. НОВОСИБИРСКА

Е.А. Толстых, А.Э. Рустамова

Научный руководитель: канд. мед. наук, доц. Л.В. Вохминцева
*Новосибирский государственный медицинский университет,
г. Новосибирск*

Одним из осложнений сахарного диабета является развитие диабетической нефропатии – одна из основных причин хронической почечной недостаточности (43,8 % случаев). Своевременная диагностика на ранних стадиях почечной патологии у больных сахарным диабетом представляет собой важную задачу. На кафедре клинической лабораторной диагностики проводились исследования по ранней лабораторной диагностике диабетической нефропатии (Степанова Е.Г., Дорн О.Ю., Руюткина Л.А. с соавт., 2013). По данным результатов исследования было показано, что целесооб-

разно выделять группу риска с высокой вероятностью микроальбуминурии. Критерием оценки для формирования этой группы был предложен уровень белка 80 мг/л.

Целью исследования данной работы явилась оценка методов определения белка в моче, которые применяются в медицинских учреждениях г. Новосибирска.

Для реализации указанной цели был проведён телефонный опрос сотрудников клинических лабораторий медицинских учреждений (многопрофильные больницы (n=6), поликлиники (n=9), частные клиники (n=6)) о методах определения белка в моче.

Результаты анкетирования показали, что многопрофильные больницы применяют для определения белка в моче колориметрический метод, с использованием пирогаллолового красного (ПГК-метод). В большей части поликлиник применяют ПГК-метод (60 %), в меньшей части для определения белка в моче используют тест-полоски (40 %). Частные клиники, которые пользуются услугами сетевых (в основном «ИНВИТРО»), частных или собственных медицинских лабораторий, используют для определения белка в моче тест-полоски – «Multicheck» (АйЭнДи Диагностик Инк, Канада), «Aution Sticks» (Acraу, Япония), а при обнаружении белка ПГК-метод («ЦЛД»).

Метод определения белка в моче тест-полосками «Multicheck» – колориметрический, основанный на связывании белка органическим красителем (бромфеноловым синим), который в наибольшей степени связывается с альбумином. Чувствительность теста составляет 0,15-0,2 г/л, линейная область применения до 1 г/л, коэффициент вариации результатов измерения не более 5 %. Диапазон измерения от 0 до 3 г/л. Метод, лежащий в основе определения белка тест-полосками «Aution Sticks», основан на «белковой ошибке индикатора», краситель производителем засекречен. С помощью этих тест-полосок можно определить концентрацию белка в моче в диапазоне от 15 мг/дл до 1000 мг/дл. Чувствительность ПГК-метода составляет не более 0,04 г/л. Линейная область применения до 2 г/л. Коэффициент вариации результатов измерения 1-3 %.

Применение ПГК-метода позволяет выявить низкий уровень белка в моче (до 40 мг/л) и применить предложенный сотрудниками кафедры клинической лабораторной диагностики Новосибирского государственного медицинского университета критерий отбора пациентов (общий белок в моче – 80 г/л) для определения альбумина в моче иммунотурбидиметрическим методом.

Таким образом, исходя из результатов исследования, можно сделать вывод о том, что большинство лечебных учреждений участвовавших в опросе применяют метод позволяющий выявить группу пациентов с сахарным диабетом для дальнейшего обследования с целью выявления микро-

альбуминурии как маркера ранней диагностики микроангиопатии при диабетической нефропатии.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ АСПЕРГИЛЛЕЗА

А.А. Трофименко, Н.А. Тумачков

Научный руководитель: д-р мед. наук, проф. С.С. Рудь
ДВГМУ, г. Хабаровск

Цель: демонстрация предрасполагающих факторов, способствующих возникновению аспергиллеза легких, изучение клинических особенностей в динамике заболевания у данной больной для улучшения диагностики аспергиллеза и своевременного его лечения.

Клиническая история болезни больной Д. 1951 г.р.: поступила в терапевтическое отделение 11 ГБ, 18.10.2013 года в средне-тяжелом состоянии. Тяжесть была обусловлена фебрилитетом, одышкой в покое, кровохарканьем. В анализе крови при поступлении $L - 1,2 \times 10^9/\text{л}$ (лимфоциты – 91 %, моноциты – 3 %, сегментоядерные – 6 %), $Hb - 111 \text{ г/л}$, эритроциты $4,09 \times 10^{12} /\text{л}$, тромбоциты $8,0 \times 10^9 /\text{л}$.

Рентгенограмма органов грудной клетки (ОГК) при поступлении: справа в верхней доле определяются полости с инфильтрированными стенками без содержимого. Корни структурированы, диафрагма четкая, сердце и сосуды не изменены.

Из анамнеза известно, что больная страдала мучительным влажным кашлем в течение 2 недель, резкое ухудшение в течение последних 3 суток, когда появилась одышка в покое и фебрильная температура.

На основании данных клинической картины, исследования периферической крови и рентгенологического исследования легких, был поставлен диагноз: внебольничная абсцедирующая пневмония в средней доле правого легкого, тяжелая форма. Анемия средней тяжести неуточненного генеза. СД 2 тип, субкомпенсация.

С 19.10.2013 года, больная получала levofloxacin 500 mg 1 p/d в/в, lasolvani 0,03 3 p/d per os, sol. Ceftriaxon 2.0 в/в 1 p/d.

29.10.2013 у больной появились жалобы на боль в области правого плеча, быстро распространившуюся на всю правую руку, боль при глубоком вдохе в правой половине грудной клетки. Объективно: ЧД – 22 в мин., ЧСС – 104 в мин., $t - 37,3 \text{ }^\circ\text{C}$, дыхание проводится во все отделы легких, ослаблено по передней поверхности справа, хрипов нет. В анализе крови $L - 0,2 \times 10^9/\text{л}$, $Hb - 68 \text{ г/л}$, тромбоциты – $15 \times 10^9 /\text{л}$.

03.11.2013 СКТ ГП: исследование выполнено по стандартной методике. Справа в верхней доле определяются 3 полости со значительно инфильтрированными стенками с наличием секвестров примыкающим к внутренним стенкам. В плевральных полостях выпота нет. Структура сре-

достения, корней легких дифференцированы, внутригрудные лимфоузлы размером до 1,5 см.

Заключение: КТ-признаки аспергиллеза, ТБС?

Больной были назначены следующие комбинации а/б терапии:

- ципринол в/в + эдицин в/в + метрагил в/в + фунгизон (1,5 мг/кг)
- фосфомицин в/в + фунгизон
- рифампицин peros + ровамицин в/в + фунгизон, а также использовались в/в сандоглобулин, муколитические препараты.

Данные бронхоскопии от 23.11.2013: слизистая бронхов атрофична, цианотичного цвета, инъецирована, верхнедолевой бронх расположен типично, просвет щелевидной формы, при изменении положения головы видны сероватые налеты.

По данным исследования крови на антитела к аспергиллам IgG получен отрицательный результат.

На фоне проведенного лечения отмечалась позитивная клиническая динамика — нормализация температуры, боль в грудной клетке не беспокоит, отсутствие признаков сердечной недостаточности, повышение общей активности, а также тенденция к нормализации показателей крови. Однако по утрам сохранялись приступы кашля с выделением обильной мокроты серо-желтого цвета, провоцирующие рвоту.

КТ от 01.12.2013 г.: в легких справа определяется инфильтрация в верхней и нижних долях с наличием распада в верхней доле и образованием шаровидной полости, в S6 субплеврально участки распада, костальная и междолевая плевро утолщена.

КТ от 17.12.2013 г.: на фоне выраженных инфильтративных изменений в верхней доле справа определяется полость распада до 3,7×2,4 см с наличием секвестра внутри, костальная плевро на этом уровне утолщена, верхняя доля справа резко уменьшена в объеме, в средней доле тяжистый фиброз. Левое легкое без видимых патологических изменений. Консультирована торакальным хирургом.

20.12.2013 г. переведена в КГБ № 1. С диагнозом: Внебольничная абсцедирующая пневмония в средней доле правого легкого, тяжелая форма. Анемия средней тяжести неуточненного генеза. СД 2-го типа, субкомпенсация.

КТ от 25. 12. 2013 г.: инфильтрация в нижней и средней долях правого легкого не определяется, сохраняется полость верхней доли 5,8×5,0 см с шаровидным образованием внутри.

02.01.2014 г. Состояние ухудшалось в течение 72 ч: навязчивый сухой кашель с кровью, усиление боли в грудной клетке, фебрилитет, интенсивная головная боль. Клинических признаков легочной недостаточности не было. Аускультативная картина изменилась в сторону ослабления дыхания над всей поверхностью правого легкого, хрипы не регистрировались.

Брохоскопия от 03. 01. 2014 г.: слизистая незначительно гиперемирована, секрета в бронхах нет. Справа в области устьев сегментарных бронхов грунляции синюшно-фиолетового цвета, слизистая кровоточит.

06.01.2014 г. Утром больная отмечала резкое ухудшение общего самочувствия, повышение температуры тела до 40 °С, жар, усиление одышки, боли в грудной клетке. Объективно: кожные покровы бледные, цианоз, АД 100/60, Ps 98 уд./мин., кровохарканье, асфиксия больной, были проведены реанимационные мероприятия, без результата.

Патологоанатомические изменения. При вскрытии грудной полости большое скопление серозной жидкости, на поверхности легких и на костальной плевре-тонкие пленки фибрина.

При вскрытии бронхов – тягучая пенная жидкость с примесью беловатых сгустков фибрина, слизистая носовых полостей гиперемирована, с синюшным оттенком, набухшая, покрыта тягучей слизью и пленками фибрина. В легких находим плотные очаги некроза от 1 до 10 мм, также регистрируем ярко выраженную эмфизему и отек, различной величины участки гепатизации легочной ткани, которая имеет пестрый или мраморный рисунок. Бронхиальные и средостенные лимфатические узлы увеличены, на разрезе пропитаны серозной жидкостью.

Выводы: аспергиллёз это трудно диагностируемое заболевание, трудность состоит в том, что, грибковые инфекции малосимптомны на ранних стадиях, причем часто ни лабораторные, ни рентгенологические методы не могут помочь. К сожалению, в большинстве случаев диагноз остаётся предположительным по совокупности признаков. Инвазивный легочный аспергиллёз является наиболее тяжелой формой заболевания. Данная инфекция всегда жизнеугрожающая. Летальность при инвазивном легочном аспергиллезе достигает 90 % в случае поздней диагностики. Прогноз заболевания зависит от локализации и распространенности патологического процесса в легочной ткани.

ТЕЧЕНИЕ ПНЕВМОНИИ У БОЛЬНЫХ ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ

А.Н. Цыденова, А.В. Евстигнеева

Научный руководитель: д-р мед. наук, проф. С.С. Рудь

ДВГМУ, г. Хабаровск

Заболеваемость пневмонией у пациентов с циррозом печени продолжает оставаться высокой и возникает у 4-21 % больных циррозом, чаще алкогольного генеза. Летальность достигает 40 %. В этой группе в качестве этиологического фактора преобладает гр. отрицательная флора – *Klebsiella pneumoniae*, *Haemophilus influenzae*, а также пневмококки (Буеверов А.О., 1998). Клиническая картина в большинстве случаев стертая (субфебрильная температура, малопродуктивный кашель). Возможна манифестация за-

болевания только усилением общих симптомов интоксикации или печеночной энцефалопатии. В диагностике ведущая роль принадлежит физикальным и рентгенологическим методам исследования, при этом особые затруднения вызывает диагностика пневмонии при наличии гидроторакса. В лечении препаратами выбора являются антибиотики широкого спектра действия из группы цефалоспоринов (цефотаксим, цефтизоксим, цефтриаксон и др.). При получении результатов посева возможно применение других антибактериальных препаратов с учетом их потенциальной гепатотоксичности (Попов П.Н., 2000).

Цель нашего исследования состояла в изучении особенностей течения пневмонии у лиц с циррозом печени. В качестве метода исследования был использован анализ историй болезней за 2011–2014 гг. ГКБ № 11 (терапевтического отделения). В исследование включены 102 пациента, 42 с пневмонией на фоне цирроза печени (основная группа) и 60 больных с внебольничной пневмонией без признаков органической патологии печени (контрольная группа). В ходе изучения особенностей течения пневмоний у больных с циррозом, мы акцентировали внимание на возраст больных, пол, симптомы, осложнения, длительность пребывания в стационаре, лабораторные данные, локализацию очага поражения легочной ткани, длительность приема антибактериальных препаратов и длительность субфебрильной температуры на фоне антибактериальной терапии.

В ходе исследования было выявлено: наиболее частый возраст больных пневмонией на фоне цирроза печени у женщин $47,9 \pm 2,5$, у мужчин $47,0 \pm 1,9$; больных пневмонией без цирроза у женщин $56,0 \pm 2,4$, у мужчин $56,5 \pm 2,3$. Отличие в возрасте статистически достоверны $p < 0,05$. Длительность пребывания в стационаре у больных основной группы $29 \pm 2,6$; у больных контрольной группы $17 \pm 1,2$. Отличие длительности пребывания в стационаре достоверны $p < 0,05$. Наиболее частая локализация очага у больных основной группы нижняя доля правого легкого 16 (38 %) и нижняя доля левого легкого 10 (23,8 %). У больных контрольной группы: нижняя доля правого легкого 26 (43,3 %) и нижняя доля левого легкого 14 (23,3 %). У больных основной группы пневмония протекает с осложнениями 16 (38 %): сухой плеврит 8 (50 %), кровохаркание 4 (25 %), экссудативный плеврит 2 (12,5 %), деструкция 2 (12,5 %). Статистические данные достоверны $p < 0,05$. У больных контрольной группы осложнения возникли у 17 случаев (28 %): сухой плеврит 8 (47 %), кровохаркание 4 (24 %), экссудативный плеврит 3 (18 %), бронхообструктивный синдром 2 (12 %). Данные статистически достоверны $p < 0,05$. При исследовании клинического анализа крови нами было выявлено, что у больных основной группы на момент поступления в стационар имеется анемия 30 (71 %), умеренный лейкоцитоз 18 (43 %), нормальное количество лейкоцитов 16 (38 %) или повышение числа палочкоядерных нейтрофилов на фоне лейкопении 8 (19 %). У больных контрольной группы анемии не выявлено, умеренный лейкоцитоз со

сдвигом влево 10 (16,6 %), нормальное количество лейкоцитов 9 (15 %), выраженный лейкоцитоз со сдвигом лейкоцитарной формулы влево и лимфопенией 41 (68,4 %). Данные статистически достоверны $p < 0,05$. В данное исследование не были включены пациенты с внебольничной пневмонией на фоне цирроза печени с летальным исходом.

В отличие от контрольной группы клиническая картина у больных основной группы стертая (субфебрильная температура, малопродуктивный кашель, слабость). Длительность субфебрильной температуры у больных основной группы на фоне антибактериальной терапии составила $6 \pm 1,6$ дня, у больных контрольной группы $3,4 \pm 1,3$ дня. Отличие в продолжительности температуры статистически достоверно $p < 0,05$. Длительность приема антибактериальных средств у больных основной группы $21 \pm 2,4$ дня, у больных контрольной группы $9,8 \pm 1,4$ дня. Отличие в длительности приема антибактериальных средств статистически достоверно $p < 0,05$.

Закключение: зависимость возникновения пневмонии от пола не прослеживается. По статистическим данным течение пневмонии на фоне цирроза печени затяжное и протекает в более тяжелой форме. Клиническая картина пневмонии у больных циррозом печени стертая. Таким образом, наличие цирроза печени у больных пневмонией затрудняет диагностику заболевания, увеличивает сроки госпитализации, удлиняет прием антибактериальных средств.

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ НАЧАЛА ЗАМЕСТИТЕЛЬНОЙ ПОЧЕЧНОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ С ДИАБЕТИЧЕСКОЙ НЕФРОПАТИЕЙ НА ФОНЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА I И II ТИПОВ

А.В. Шевнина, М.А. Яковлева

Научный руководитель: д-р мед. наук, профессор С.С. Рудь
ДВГМУ, г. Хабаровск

Диабетическая нефропатия представляет собой специфическое поражение почек при сахарном диабете, сопровождающееся формированием узелкового или диффузного гломерулосклероза, приводящего к потере фильтрационной функции почек и смерти больных от терминальной почечной недостаточности. В общей популяции больных с хронической почечной недостаточностью вопрос о начале заместительной почечной терапии принято рассматривать при снижении СКФ меньше 15 мл/мин. и/или наличии симптомов уремии, отсутствии возможности контролировать объемный статус или АД, прогрессивном ухудшении нутриционных показателей.

Цель: прогнозирование сроков начала заместительной почечной терапии у больных с диабетической нефропатией на фоне сахарного диабета I и II типа.

Материал и методы: проанализировано 50 историй болезни пациентов с сахарным диабетом (из которых 20 историй болезни – больные с сахарным диабетом I типа, 20 историй болезни – больные с сахарным диабетом II типа, 10 историй болезни – пациенты с сахарным диабетом I и II типов, получающие заместительную почечную терапию) Для оценки прогнозирования начала заместительной почечной терапии проведено исследование биохимических анализов пациентов, исследование скорости клубочковой фильтрации по формуле Кокрофта и Голта и ретроспективный анализ историй болезни пациентов с сахарным диабетом I и II типов. Исследования прогнозирования начала заместительной почечной терапии у больных с сахарным диабетом I и II типов проводились на базе КГБУЗ «Краевая клиническая больница № 1» имени профессора С.И. Сергеева в эндокринологическом отделении и отделении гемодиализа. Основные показатели, которые использовались в исследовании – уровень креатинина в крови, скорость клубочковой фильтрации, скорость снижения клубочковой фильтрации, показатели артериального давления, суточная потеря белка с мочой.

Выводы

1. В ходе исследования нами отмечено, что у больных СД в связи с более тяжелым соматическим состоянием (вследствие наличия микро- и макрососудистых осложнений, диабетической нейропатии, хронической инфекции мочевыводящих путей) показаниями к началу диализной терапии будут являться:

- СКФ < 15-20 мл/мин.;
- К+сыворотки >6,5 мэкв/л;
- наличие артериальной гипертензии и ожирения;
- нарастание белково-энергетической недостаточности.

2. Основные факторы:

- стаж сахарного диабета более 10 лет;
- высокая протеинурия (более 0,09 гр./сутки);
- высокий уровень креатинина;
- возраст, избыточная масса тела;
- наличие артериальной гипертензии.

3. Пациенты с сахарным диабетом I типа имеют явную предрасположенность к началу диализной терапии, вследствие длительного течения сахарного диабета, и определенных изменений биохимических показателей, а именно наличие высокого уровня протеинурии и высокого уровня креатинина в плазме крови, что приводит к нарушению почечной функции.

4. Пациенты с сахарным диабетом II типа наиболее предрасположены к раннему началу заместительной почечной терапии, вследствие того, что диабет II типа чаще ассоциирован с такими сопутствующими заболеваниями как артериальная гипертония и ожирение.

5. Основным путем решения данной проблемы является нефропротективная и кардиопротективная терапия, направленная на компенсацию сахарного диабета, снижение протеинурии, нормализации АД и коррекцию избыточной массы тела.



Секция хирургии

СТРУКТУРА И ЛЕЧЕНИЕ ОСТРЫХ ТРОМБОЗОВ ГЛУБОКИХ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ В УСЛОВИЯХ РЕСПУБЛИКИ САХА (ЯКУТИЯ)

Т.Н. Александрова, М.М. Михайлов

Научные руководители: д-р мед. наук, проф. М.М. Винокуров,
Л.В. Булдакова

*Северо-Восточный Федеральный университет им. М.К. Аммосова,
г. Якутск*

Актуальность. Тромбоз глубоких вен занимает особое место в венозной патологии. В общей популяции на 100 000 населения первично регистрируют тромбоз глубоких вен в 160 случаях. Тромбоз глубоких вен развивается у 56 % с острым нарушением мозгового кровообращения, у 22-25 % больных острым инфарктом миокарда и у 9 % всех пациентов терапевтического профиля старше 65 лет. Хирургическая операция значительно повышает риск патологического тромбообразования. При отсутствии профилактики тромбоз глубоких вен подколленно-бедренного и илеокавального сегментов развивается у 25-28 % больных, перенесших оперативные вмешательства на органах брюшной полости, у 19 % гинекологических больных, у 25 % – урологических, а после операций на тазобедренном суставе и при переломах головки бедренной кости частота этого осложнения достигает 45-59 %. Вероятность тромбоэмболии легочной артерии (ТЭЛА) в та-

кой ситуации возрастает до 50 %, при этом у 2-5 % больных ТЭЛА имеет массивный характер и ведет к гибели пациента.

Распространенный тромбоз глубоких вен нижних конечностей в долгосрочной перспективе ведет к формированию посттромбофлебитической болезни, проявляющейся хронической венозной недостаточностью вплоть до развития трофических язв, что существенно снижает трудоспособность и качество жизни пациентов [2].

Материал и методы: проведен ретроспективный анализ историй болезни пациентов с сосудистой патологией, проходивших лечение в I хирургическом отделении Республиканской больницы № 2 «Центр экстренной медицинской помощи» г. Якутска с января по ноябрь 2013 года. Всего просмотрено 95 историй болезни, из которых число больных с глубоким тромбозом нижних конечностей составило 48 (50,53 %). Средний возраст 53 года (min=29, max=82 года). Женщин – 20 (41,67 %), мужчин – 28 (58,33 %). По национальности больные распределились следующим образом: русские – 37 (77,08 %), якуты – 9 (18,75 %), армяне – 1 (2,08 %) и немцы – 1 (2,08 %).

Результаты и обсуждение. Среди больных одинаково часто встречаются тромбы неокклюзивной – 23 (47,92 %) и окклюзивной природы – 22 (45,83 %), а сочетание двух морфологических форм в – 3 (6,25 %) случаях. Левосторонняя локализация тромбоза встречается в 1,8 раза чаще, чем правосторонняя (56,25 % и 31,25 % соответственно), что можно объяснить анатомическими особенностями соотношения магистральных подвздошных сосудов. Двустороннее поражение конечностей встречается в 6 случаях (12,50 %). Сочетанный тромбоз поверхностных и глубоких вен нижних конечностей выявлен у 1 пациента (2,08 %). Частота тромбоза выше у мужчин, чем у женщин – 58,33 % и 41,67 %, соответственно. Причем, среди больных наиболее часто встречаются мужчины русской национальности – 23 человека (47,92 %). Большинство больных были с сопутствующей патологией, среди которых наиболее часто встречались: ишемическая болезнь сердца – 10 (20,83 %), гипертоническая болезнь – 10 (20,83 %), опухолевые новообразования – 6 (12,5 %), сахарный диабет – 4 (8,33 %). Осложнения: ТЭЛА – 5 (10,42 %), хроническая венозная недостаточность – 9 (18,75 %).

Всем пациентам проводилась консервативная терапия, направленная на улучшение реологических свойств крови, угнетение агрегационной способности тромбоцитов, коррекцию венозного кровотока и профилактику микробных поражений. Больным в раннем периоде заболевания назначался постельный режим с возвышенным положением нижней конечности. Комплексное консервативное лечение сочеталось с ранней активизацией больных.

Оперативное вмешательство в виде установки кава-фильтра провели 7 пациентам (14,58 %). Показанием к этому явилось наличие признаков фло-

тации головки тромба, выявленное при ультразвуковом исследовании – у 6 пациентов (85,71 %) и рецидивирующая тромбоэмболия легочной артерии – у 1 пациента (14,29 %).

В ближайшем послеоперационном периоде положительный эффект отмечен у всех пациентов: уменьшились или исчезли отеки, боли в нижних конечностях. Все пациенты были выписаны из стационара с положительной динамикой. Случаев летальности за данный период исследования не отмечалось.

Выводы. За год в I Хирургическом Отделении Республиканской больницы № 2 «Центр экстренной медицинской помощи» г. Якутска получили стационарное лечение 48 человек с тромбозом глубоких вен нижних конечностей. По результатам нашей работы левосторонняя локализация тромбоза встречается в 1,8 раза чаще, чем правосторонняя (56,25 % и 31,25 % соответственно). В структуре тромбозов почти равномерно часто встречаются тромбы неокклюзивной и окклюзивной природы (47,92 % и 45,83 % соответственно). В большинстве случаев лечение основывается на консервативных мероприятиях, включающих следующие компоненты: антикоагулянты (прямые, непрямые), антиагреганты, реологическая инфузионная терапия, венотоники и эластическая компрессия. Из методов оперативных вмешательств применяется установка кава-фильтра.

ИММУННЫЙ СТАТУС У БОЛЬНЫХ СТРЕПТОКОККОВЫМИ ИНФЕКЦИЯМИ МЯГКИХ ТКАНЕЙ

М.В. Вершков, А.П. Фролов

Научный руководитель: канд. мед. наук, доц. А.П. Фролов
Иркутский государственный медицинский университет, г. Иркутск

С середины 80-х годов XX века повсеместно наблюдается высокий уровень заболеваемости стрептококковых инфекций мягких тканей (СИМТ). Среди них существенно увеличилась доля заболеваний, протекающих с развитием обширного некротического поражения мягких тканей и высокой летальностью.

Цель исследования: явилось изучение иммунного статуса при различных формах СИМТ в острый период заболевания.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный и проспективный анализ иммунного статуса у крови у 79 больных с различными формами СИМТ, находившихся на лечении в клинике общей хирургии ИГМУ. Все больные были в возрасте от 18 до 92 лет. С учетом клиникo-морфологических проявлений СИМТ все заболевания были разделены на 3 группы клинического сравнения. В 1-ю группу клинического сравнения (1ГКС) были включены 26 больных рожей и целлюлитом, у которых морфологическим проявлением заболевания было серозное воспаление кожи и

подкожной клетчатки. Во 2-ю группу клинического сравнения (2ГКС) вошел 21 больной флегмонозной формой рожи и гнойным целлюлитом. В 3-ю группу клинического сравнения (3ГКС) включены 32 больных некротической формой рожи, некротизирующим целлюлитом, фасциитом и миозитом.

Иммунный статус больных оценивали в острый период заболевания. Для оценки клеточного иммунитета определяли количество Т-лимфоцитов методом спонтанного розеткообразования с эритроцитами барана (Е-РОК) по М. Jondall (1972). По устойчивости Е-РОК к теофиллину определяли количество Т-лимфоцитов различной субпопуляционной принадлежности (F. Limatibul, 1979), теофиллинрезистентные клетки (Е-РОК т. р.) – хелперы, теофиллинчувствительные клетки (Е-РОК т. ч.) – супрессоры. Определение фагоцитарной активности нейтрофилов проводилось по отношению к латексу путем определения фагоцитарного индекса (ФИ). Функциональную активность гранулоцитов оценивали в тесте восстановления нитросинего тетразолия (НСТ-тест) по проценту нейтрофилов, у которых обнаруживались гранулы формазана. Гуморальный иммунитет оценивали по уровню концентрации сывороточных иммуноглобулинов (Ig) классов G, A, M, которые определялись методом радиальной диффузии в геле по G. Mancini (1965). Гетерогемагглютинины (ГА) определяли в разведениях сывороток от 1:2 до 1:1280 к эритроцитам барана (ЭБ). Уровень циркулирующих комплексов (ЦИК) определяли с помощью осаждения полиэтиленгликоля (молек. вес 6 000) методом М. Diogen (1977). Количество иммунных комплексов определяли спектрофотометрическим методом. Средние значения представляли средней арифметической с ошибкой средней. Значимость различий между ними оценивали по критерию Стьюдента.

Результаты. У больных СИМТ во всех исследуемых группах количественное содержание лейкоцитов, лимфоцитов, Т-лимфоцитов (Е-РОК т. р.) находилось в пределах нормальных для жителей Иркутской области. Количество Т-хелперов (Е-РОК т.р.) было повышено во всех группах ($66,96 \pm 3,20$; $65,33 \pm 2,52$; $68,62 \pm 1,43$ %), а их уровни достоверно не отличались друг от друга ($p > 0,05$). Количество Т-супрессоров (Е-РОК т. ч.) – было снижено в 1ГКС ($2,62 \pm 0,70$ %) и 3ГКС ($0,53 \pm 0,24$ %). При этом количество Т-супрессоров в 3ГКС было достоверно меньше ($p < 0,05$), чем в 1ГКС и 2ГКС ($4,38 \pm 1,05$). Состояние В-звена иммунной системы характеризовалось тем, что во всех исследуемых группах уровни IgG ($9,59 \pm 0,44$ г/л; $8,71 \pm 0,47$ г/л; $8,92 \pm 0,37$ г/л) и IgM ($1,27 \pm 0,10$ г/л; $1,47 \pm 0,09$ г/л; $1,19 \pm 0,09$ г/л) находились в пределах нижней границы нормы, а уровень IgA – снижен ($1,48 \pm 0,08$ г/л; $1,20 \pm 0,15$ г/л; $1,49 \pm 0,8$ г/л). Уровни Ig во всех 3 группах не отличались между собой ($p > 0,05$). Концентрация циркулирующих иммунных комплексов (ЦИК) у больных во всех группах была повышена ($140,8 \pm 23,3$ у. е.; $119,8 \pm 23,8$ у. е.; $149,0 \pm 23,5$ у. е.), а уровень достоверно не

отличался друг от друга ($p > 0,05$). Со стороны фагоцитарной системы отмечалось увеличение фагоцитарного индекса (ФИ) во всех группах. В 3ГКС ФИ ($60,88 \pm 2,7 \%$) достоверно был выше ($p < 0,05$), чем в 1ГКС ($53,46 \pm 2,74 \%$), и не отличался ($p > 0,05$) от показателя во 2ГКС ($57,71 \pm 3,68 \%$). Уровень активности нейтрофилов в НСТ-тесте сп. был повышен во всех группах ($37,88 \pm 1,83 \%$; $37,10 \pm 1,52 \%$; $37,10 \pm 1,52 \%$), а показатели не отличались достоверно друг от друга ($p > 0,05$). Уровень НСТ-теста инд. в 3ГКС ($64,09 \pm 1,31 \%$) достоверно выше ($p < 0,05$), чем в 2ГКС ($58,67 \pm 2,09 \%$) и не отличался ($p > 0,05$) от показателя в 1ГКС ($62,81 \pm 2,07 \%$). Отношения ГА/ЭБ в исследуемых группах ($1/24,77 \pm 4,26$; $1/26,10 \pm 4,21$; $1/20,88 \pm 2,99$) достоверно не отличались ($p > 0,05$).

Выводы

У больных с различными формами СИМТ в острый период заболевания отмечается Т-супрессорный иммунодефицит со снижением уровня IgA, который более выражен при некротических формах. Для повышения эффективности лечения СИМТ в комплексную терапию необходимо включать мероприятия, направленные на коррекцию иммунодефицитного состояния.

ПОКАЗАТЕЛИ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ В ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ СТРЕПТОКОККОВЫХ ИНФЕКЦИЙ МЯГКИХ ТКАНЕЙ

А.И. Гаскин, А.П. Фролов

Научный руководитель: канд. мед. наук, доц. А.П. Фролов
Иркутский государственный медицинский университет, г. Иркутск

С середины 80-х годов XX века повсеместно наблюдается высокий уровень заболеваемости стрептококковых инфекций мягких тканей (СИМТ). Среди СИМТ существенно увеличилась доля заболеваний, протекающих с развитием обширного некротического поражения мягких тканей и высокой летальностью.

Общепринятой классификации СИМТ нет. A.L. Bisno и D.L. Stevens (1996) в зависимости от уровня и характера поражения мягких тканей СИМТ подразделяют на: 1) стрептококковую пиодермию, 2) рожу и целлюлит, 3) некротизирующие инфекции мягких тканей, 4) синдром стрептококкового токсического шока. Стрептококковая пиодермия представляет собой ограниченную поверхностную гнойную инфекцию кожи. Рожа и целлюлит являются распространенными поверхностными инфекциями наружных покровов. Целлюлит определяется как острый воспалительный процесс кожи и подкожной клетчатки. Рожа является формой целлюлита, при которой воспалительный процесс ограничен поверхностными слоями

кожи. В группу некротизирующих инфекций мягких тканей стрептококковой этиологии включены некротизирующий фасциит и миозит – инфекции, поражающие глубокие слои мягких тканей и протекающие с высокой летальностью.

В начальной стадии СИМТ имеют сходную симптоматику (отек, гиперемия кожи с четкой границей, боль в области поражения) и отсутствуют специфические признаки каждой из форм заболевания. Это существенно затрудняет постановку правильного диагноза на ранней стадии, что приводит к неэффективной лечебной тактике.

Цель исследования: определить возможность использования показателей периферической крови для диагностики различных форм СИМТ.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ показателей периферической крови и у 410 больных СИМТ, находившихся на лечении в клинике общей хирургии ИГМУ. Все больные были в возрасте от 18 до 92 лет. С учетом клинико-морфологических проявлений СИМТ на 3 группы клинического сравнения. В 1-ю группу клинического сравнения (1ГКС) были включены 209 больных рожей и целлюлитом, у которых морфологическим проявлением заболевания было серозное воспаление кожи и подкожной клетчатки, не требующие хирургического лечения. Во 2-ю группу клинического сравнения (2ГКС) вошло 86 больных флегмонозной формой рожи и гнойным целлюлитом, которым требовалось хирургическое лечение в виде широкого вскрытия флегмоны. В 3-ю группу клинического сравнения (3ГКС) включены 115 больных некротической формой рожи, некротизирующим целлюлитом, фасциитом и миозитом – заболеваниями с некротическим поражением мягких тканей на различной глубине, которые протекали с наибольшей летальностью и требовали проведения некрэктомий и этапных хирургических обработок ран. Показатели периферической крови оценивались первые трое суток заболевания до появления достоверных клинических признаков форм СИМТ, рассчитывали интегральные показатели степени интоксикации: индекс сдвига лейкоцитарной формулы Шиллинга (ИС) и лейкоцитарный индекс интоксикации Кальф-Калифа (ЛИИ).

Результаты. В первые 3 суток заболевания у больных в 1ГКС уровень гемоглобина был $124,5 \pm 1,1$ г/л, лейкоцитоз – $10,35 \pm 0,39 \times 10^9$ /л, токсическая зернистость нейтрофилов (ТЗН) – $29,3 \pm 1,6$ %, скорость оседания эритроцитов (СОЭ) – $29,3 \pm 1,6$ мм/ч. При интегральной оценке уровня интоксикации ИС составил $0,155 \pm 0,022$, ЛИИ – $2,54 \pm 0,32$.

У больных во 2ГКС уровень гемоглобина ($120,1 \pm 1,7$ г/л) был достоверно ниже ($p < 0,05$), а СОЭ достоверно выше ($p = 0,0001$), чем 1ГКС. При этом лейкоцитоз ($10,50 \pm 0,49 \times 10^9$ /л), ТЗН ($2,3 \pm 1,0$ %), ИС ($0,148 \pm 0,013$) и ЛИИ ($2,88 \pm 0,42$) достоверно не отличались ($p > 0,05$).

В 3ГКС уровень гемоглобина составил $119,6 \pm 1,9$ г/л, что достоверно ниже, чем в 1ГКС ($p < 0,05$) и не отличался от 2ГКС ($p > 0,05$). Лейкоцитоз ($11,80 \pm 0,51 \times 10^9/\text{л}$), ИС ($0,221 \pm 0,041$), ЛИИ ($4,43 \pm 0,55$) и уровень ТЗН достоверно выше, чем в 1ГКС и 2ГКС ($p_1 < 0,01$; $p_2 < 0,05$). СОЭ ($38,3 \pm 2,1$ мм/ч) достоверно выше, чем в 1ГКС ($p = 0,001$) и не отличался от 2ГКС ($p > 0,05$).

Выводы: при всех формах СИМТ в острый период заболевания происходит снижение уровня гемоглобина, отмечается лейкоцитоз со сдвигом лейкоцитарной формулы влево, увеличение ИС, ЛИИ, СОЭ, имеется ТЗН. Данные изменения при глубоких некротических формах носят достоверно более выраженный характер. Выявление этих изменений показателей периферической крови может быть использовано для дифференциальной диагностики некротических форм СИМТ.

БИОХИМИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ КРОВИ В ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ СТРЕПТОКОККОВЫХ ИНФЕКЦИЙ МЯГКИХ ТКАНЕЙ

А.И. Гаскин, А.П. Фролов

Научный руководитель: канд. мед. наук, доц. А.П. Фролов
Иркутский государственный медицинский университет, г. Иркутск

С середины 80-х годов XX века повсеместно наблюдается высокий уровень заболеваемости стрептококковых инфекций мягких тканей (СИМТ). Среди СИМТ существенно увеличилась доля заболеваний, протекающих с развитием обширного некротического поражения мягких тканей, летальность при которых достигает 80 %.

Общепринятой классификации СИМТ нет. A.L. Bisno и D.L. Stevens (1996) в зависимости от уровня и характера поражения мягких тканей СИМТ подразделяют на: 1) стрептококковую пиодермию, 2) рожу и целлюлит, 3) некротизирующие инфекции мягких тканей, 4) синдром стрептококкового токсического шока. Стрептококковая пиодермия представляет собой ограниченную поверхностную гнойную инфекцию кожи. Рожа и целлюлит являются распространенными поверхностными инфекциями наружных покровов. Целлюлит определяется как острый воспалительный процесс кожи и подкожной клетчатки. Рожа является формой целлюлита. В группу некротизирующих инфекций мягких тканей включены некротизирующий фасциит и миозит – инфекции, поражающие глубокие слои мягких тканей и протекающие с высокой летальностью.

В начальной стадии СИМТ имеют сходную симптоматику и отсутствуют специфические признаки каждой из форм заболевания. Это существенно затрудняет постановку правильного диагноза на ранней стадии, что приводит к неэффективной лечебной тактике.

Цель исследования: определить возможность использования биохимических показателей крови для диагностики различных форм СИМТ.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ биохимических показателей крови у 114 больных, находившихся на лечении в клинике общей хирургии ИГМУ. Все больные были в возрасте от 18 до 92 лет. С учетом клинико-морфологических проявлений СИМТ на 3 группы клинического сравнения. В 1-ю группу клинического сравнения (1ГКС) были включены 44 больных рожей и целлюлитом, у которых морфологическим проявлением заболевания было серозное воспаление кожи и подкожной клетчатки, не требующие хирургического лечения. Во 2-ю группу клинического сравнения (2ГКС) вошло 28 больных флегмонозной формой рожи и гнойным целлюлитом. В 3-ю группу клинического сравнения (3ГКС) включены 42 больных некротической формой рожи, некротизирующим целлюлитом, фасциитом и миозитом.

Результаты и обсуждение. При биохимическом исследовании крови у больных в 1ГКС уровни билирубина ($16,44 \pm 1,50$ мкмоль/л) и мочевины ($7,67 \pm 0,76$ ммоль/л) находились в пределах нормальных значений. Активность аспартатаминотрансферазы (АсАТ) – $0,182 \pm 0,029$ мккат/л, аланинаминотрансферазы (АлАТ) – $0,182 \pm 0,029$ мккат/л повышена. Активность щелочной фосфатазы (ЩФ) – $141,9 \pm 25,5$ ЕД находилась в пределах нормы. Уровень молекул средней массы (МСМ) повышен и составил $0,401 \pm 0,032$ у.е. В крови отмечалось нормальное содержание общего белка ($73,9 \pm 1,8$ г/л), уровень альбумина ($35,0 \pm 1,5$ г/л) находился в пределах нижней границы нормы, альбумино-глобулиновый коэффициент (А/Г) несколько снижен ($0,93 \pm 0,05$).

Во 2ГКС уровень билирубина ($13,03 \pm 0,64$ мкмоль/л) был в пределах нормы, а мочевины ($9,28 \pm 0,83$ ммоль/л) повышен, но достоверно не отличался от показателей 1ГКС ($p > 0,05$). Активность АсАТ ($0,159 \pm 0,034$ мккат/л) повышена, а ЩФ ($185,4 \pm 31,2$ ЕД) в пределах нормальных значений и достоверно не отличались от 1ГКС ($p > 0,05$). Активность АлАТ ($0,217 \pm 0,024$ мккат/л) достоверно выше ($p < 0,05$), уровень МСМ ($0,330 \pm 0,016$ у. е.) увеличен и достоверно ниже, чем в 1ГКС ($p < 0,05$). Уровень общего белка находился в пределах нормальных значений ($74,3 \pm 1,8$ г/л), а альбумина – в пределах нижней границы нормы ($35,1 \pm 1,5$ г/л), А/Г составлял $0,94 \pm 0,06$. Достоверных отличий между показателями уровня общего белка и альбумина в 1-й и 2-й группах не выявлено ($p > 0,05$).

В 3ГКС уровни билирубина ($22,89 \pm 2,33$ мкмоль/л), мочевины ($16,28 \pm 1,24$ ммоль/л), МСМ ($0,672 \pm 0,103$ у. е.), активность ЩФ были повышены и достоверно выше, чем в 1ГКС и 2ГКС ($p < 0,0001 - 0,05$). Активность АлАТ ($0,216 \pm 0,027$ ЕД) достоверно выше, чем при в 1ГКС ($p < 0,05$) и не отличалась от 2ГКС. Достоверного отличия активности АсАТ от 1ГКС

и 2ГКС не выявлено ($p>0,05$). Уровни общего белка ($60,1\pm2,5$ г/л) и альбумина ($24,8\pm1,9$ г/л) снижены и достоверно отличаются от 1ГКС и 2ГКС ($p<0,0001$). А/Г ($0,73\pm0,06$) также был достоверно ниже ($p<0,05$).

Выводы

В острый период СИМТ отмечается достоверное увеличение уровня билирубина, мочевины, МСМ, активности аминотрансфераз и ШФ, снижение общего уровня общего белка и альбумина, снижением А/Г при развитии некротического поражения. Изменение этих биохимических показателей может быть использовано для ранней диагностики некротических форм СИМТ до появления достоверных признаков некротического поражения.

К ВОПРОСУ ОБ АБСЦЕССАХ ДУГЛАСОВА ПРОСТРАНСТВА

А.А. Догонашева

Научный руководитель: д-р мед. наук, проф. В.Р. Корита

ДВГМУ, г. Хабаровск

Актуальность. Абсцессы дугласова пространства являются осложнениями острых заболеваний органов брюшной полости. Наиболее частой причиной развития тазового гнойника является деструктивный аппендицит [Н.С. Утешев и соавт., 1975; В.Г. Астапенко, С.С. Максимов, 1982; В.С. Савельев и соавт., 1986; В.Р. Корита, 1995; А.А. Гринберг, 2000]. Развитие абсцессов дугласова пространства преимущественно возникают на 4-5-е сутки после аппендэктомии и реже на догоспитальном периоде. Причинами возникновения гнойников являются также тазовое расположение червеобразного отростка, недостаточное осушивание области малого таза и неадекватное дренирование его. Классические признаки абсцессов дугласова пространства представлены во многих хирургических руководствах и ими являются: боль в нижних отделах живота, дизурические расстройства, частый жидкий стул, высокая температура тела с вечерними ознобами. Важным исследованием в диагностике тазовых гнойников отводится пальцевому ректальному исследованию и ультрасонографии. Ведущим способом лечения гнойников дугласова пространства является вскрытие и дренирование их через переднюю стенку прямой кишки. В приведенных источниках, за исключением работы [В.Р. Корита, 1991] не представлены клинические варианты течения абсцессов дугласова пространства и поэтому не всегда обоснован объем оперативного лечения.

Цель исследования: оценить значение клинической классификации абсцессов дугласова пространства и разработать методы хирургического лечения тазовых абсцессов.

Задачи исследования. Провести ретроспективный анализ 16 историй болезней больных с абсцессами дугласова пространства, находившихся на

лечении в хирургических отделениях 3-й городской больницы им. С.К. Нечепалева (1998–2007 гг.) и 6 историй болезней в ККБ № 2 (2008–2013 гг.).

Материалы и методы. По возрасту больные распределились следующим образом: от 16 до 19 лет – 3, от 20 до 29 – 6, от 30 до 39 – 3, от 40 до 49 – 6, от 50 до 59 – 3, старше 60 – 1 больной. Самая многочисленная группа больных была в возрасте от 16 до 49 лет – 18 (81 %). С учетом клинического проявления больные распределены на две группы. Первая – это больные с локализацией гнойников лишь в дугласовом пространстве и вторая группа – это больные, у которых на фоне перитонита, межкишечных абсцессов и кишечных свищей имелись абсцессы в дугласовом пространстве.

Диагноз заболевания поставлен на основании клинических данных, рентгенологического исследования брюшной полости и ультрасонографического исследования.

Результаты и обсуждение. Причинами перитонита и абсцессов дугласова пространства являлись острый деструктивный аппендицит (14 сл.), гнойный сальпингит, аднексит (3 сл.), подкожный разрыв тонкой кишки (2 сл.), Перфоративная язва 12-перстной кишки (1 сл.), перфорация инородным телом тонкой кишки (1 сл.), гангренозный холецистит (1 сл.).

С учетом клиники заболевания и данных операционных находок целесообразно выделить воспалительного инфильтрата в дугласовом пространстве (3 наблюдения) без абсцедирования. Этой группе пациентов проводилась противовоспалительная терапия с благоприятным исходом.

Если больные с локализованными гнойниками дугласова пространства предъявляли классические жалобы, то при абсцессе дугласова пространства и кишечной свище диспепсические явления нехарактерные. В таких случаях кишечное содержимое эвакуируется через свищ, а дистальный отрезок пустой и поэтому отсутствуют позывы к дефекации.

В одном из наблюдений у больной 40 лет произведена аппендэктомия по поводу деструктивного аппендицита. На 6-е сутки – релапаротомия по поводу ограниченного перитонита, острой спаечной кишечной непроходимости. Операция закончена дренированием брюшной полости и тотальной интубацией тонкой кишки по методу И.Д. Житнюка. В послеоперационном периоде появились признаки тазового гнойника без диспептических расстройств. Неоднократное пальцевое ректальное исследование и УЗИ брюшной полости позволили заподозрить абсцесс дугласова пространства лишь на 15-е сутки. Произведено вскрытие и дренирование гнойника через переднюю стенку прямой кишки. Получено более 300 мл сливкообразного гноя с неприятным запахом. Выздоровление. В данном наблюдении отсутствие диспептических явлений и скудной информации ректального и ультразвукового исследования способствовало пролонгированию оперативного лечения абсцесса дугласова пространства.

Больным с разлитым перитонитом и гнойниками дугласова пространства. Целесообразно производить широкую лапаротомию, а вскрытие и дренирование гнойника малого таза (предварительно ограничив брюшную полость широкими марлевыми салфетками) через брюшную полость. Дренирование следует производить через контрапертуры в пахово-подвздошных областях дренажами Пен-Роза.

Пациентам, у которых диагностирован гнойник типа «запонки» рационально вскрытие гнойника дугласова пространства производить двумя доступами через переднюю стенку прямой кишки и правую подвздошную область (два наблюдения).

Умерло двое больных. У одного пациента, 20 лет, имелся разлитой гнойный перитонит, абсцесс дугласова пространства в результате травматического разрыва тонкой кишки.

Пациентке 26 лет произведена аппендэктомия по поводу гангренозного, перфоративного аппендицита с тазовой позицией червеобразного отростка. В дальнейшем больной проводились многократные релапаротомии по поводу межкишечных гнойников, причиной которых явились перфорации стрессовых язв тонкой кишки.

Выводы

1. Одной из основных причин абсцессов дугласова пространства является деструктивный аппендицит с тазовой позицией червеобразного отростка.
2. Целесообразно выделять воспалительный инфильтрат малого таза, абсцесс дугласова пространства, гнойник типа «запонки», абсцесс в сочетании с перитонитом и межпетлевыми гнойниками.
3. Своевременная диагностика абсцессов дугласова пространства с применением УЗИ брюшной полости и и раннее оперативное лечение являются профилактикой дальнейших гнойных осложнений.

КОРРИГИРУЮЩАЯ ЭКСТРАПЛЕВРАЛЬНАЯ ТОРАКОПЛАСТИКА В ЛЕЧЕНИИ ОСТАТОЧНЫХ ПОЛОСТЕЙ ПОСЛЕ ОБШИРНЫХ РЕЗЕКЦИЙ ЛЁГКОГО

С.И. Зубенко

Научный руководитель: канд. мед. наук, доц. А.А. Шевченко

ДВГМУ, г. Хабаровск

Объёмные остаточные полости после объёмных резекций лёгких, тяжело поддающиеся лечению эмпиемы являются важной проблемой современной торакальной хирургии. Для решения данной проблемы предложено большое количество хирургических операций, значительную часть среди которых занимают торакопластики различных модификаций. Впервые разработанная в 1890 году Шпенглером для лечения туберкулёза, более ста

лет назад данная операция постоянно модифицируется, находя применение и при других торакопульмональных заболеваниях. Во фтизиохирургии торакопластика применяется как с целью стабилизации туберкулезного процесса (лечебная), так и для изменения объема гемиторакса после предшествующей резекции легкого (корректирующая).

В торакальном хирургическом отделении КГБУЗ ПТД г. Хабаровска была разработана и запатентована модификация корректирующей экстраплевральной торакопластики. Методика выполнения операции: из паравертебрального доступа (линейный разрез до 10 см) обнажается реберный каркас от II до V ребер (с пересечением ромбовидных мышц у места прикрепления к позвонкам), пересекаются у позвоночника и поднадкостнично резецируются III и IV ребра от позвоночника до задней подмышечной линии. Далее выполняется экстраплевральный пневмолиз от купола до корня легкого, плевра над остаточной полостью гофрируется с помощью кисетного шва, производится плевропневмопексия к заднему отрезку V ребра. Выполняется мобилизация большой и малой ромбовидной мышц, с формированием мышечных лоскутов с суммарной массой, соответствующей объему сформированной экстраплевральной полости. Мышечный лоскут перемещается через межреберный дефект, заполняя ранее сформированную экстраплевральную полость и фиксируется.

Описанная операция в период с февраля 2010 года по октябрь 2013 была проведена у восьми больных. Во всех случаях остеопластика была проведена для коррекции объема правого гемиторакса. Объем предшествующей резекции составил: $S_{1,2}$ в двух случаях (25 %), верхняя доля в 4 случаях (50 %), верхняя билобэктомия в двух случаях (25 %). Предоперационный диагноз у 75 % пациентов: «фиброзно-кавернозный туберкулез», в двух случаях (25 %) – множественные туберкулемы. В 4 случаях (50 %) проведение торакопластики было необходимо с целью уменьшения объема остаточной пострезекционной полости. В 3 случаях (37,5 %) операция проведена с целью коррекции гемиторакса при очаговом обсеменении, и в 1 случае (12,5 %) – по поводу развившегося бронхиального свища. Во всех восьми случаях послеоперационных осложнений выявлено не было.

Предлагаемый метод коллапсохирургического вмешательства имеет следующие преимущества:

- 1) менее выраженная операционная травма;
- 2) полное заполнение сформированной после пневмолиза экстраплевральной полости мышечной тканью;
- 3) отсутствие послеоперационного косметического дефекта (деформации грудной клетки), что имеет особое значение у пациентов детского и молодого возраста и женщин.

Таким образом, разработанная и внедренная в клиническую практику хирургического торакального отделения КГБУЗ ПТД г. Хабаровска, операция торакопластики является оптимальным вариантом хирургического

вмешательства на грудной клетке после обширных резекций лёгкого с целью предотвращения осложнений неспецифического характера и профилактики реактивации туберкулёза.

НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ПРОФИЛАКТИКИ ОСЛОЖНЕНИЙ И ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ДЛИТЕЛЬНОСТОЯЩИХ ИНОРОДНЫХ ТЕЛАХ ПИЩЕВОДА У ДЕТЕЙ

А.Н. Катков¹, Н.Г. Жила³, Ю.В. Боляев¹, А.Ю. Савенко²

Научный руководитель: д-р мед. наук, профессор,
заслуженный врач РФ Н.Г. Жила

¹*Дальневосточный государственный медицинский университет;*

²*КГБУЗ «Детская краевая клиническая больница им. А.К. Пиотровича»,
г. Хабаровск;*

³*Санкт-Петербургский государственный медицинский университет,
г. Санкт-Петербург*

Инородные тела (ИТ) верхнего отдела дигестивного (пищеварительного) тракта у детей в большинстве случаев фиксируются в пищеводе. Указанный орган имеет ряд анатомо-физиологических особенностей, что обуславливает высокий риск развития тяжелых осложнений, таких как массивные кровотечения при аррозии крупных сосудов, медиастинита. При этом подавляющее большинство осложнений приходится на долю длительностоящих ИТ пищевода.

Цель исследования – на основе анализа клинических наблюдений длительностоящих ИТ пищевода у детей определить современные принципы профилактики осложнений и оказания лечебной эндоскопической помощи при данной патологии.

Материалы и методы исследования. Для достижения поставленной цели нами анализированы 32 клинических случая длительностоящих ИТ пищевода у детей, получавших лечение в детском хирургическом отделении № 2 КГБУЗ «Детская краевой клинической больницы им. А.К. Пиотровича» г. Хабаровска в период с 2009–2013 годы. Во всех случаях производилась диагностическая и лечебная эзофагоскопия, при этом лечебная эзофагоскопия выполнялась с использованием фиброэндоскопа и ригидного эндоскопа.

Полученные результаты и их краткое обсуждение. В группе наблюдаемых больных отмечено незначительное преобладание мальчиков – 17 (53,1 %) пациентов. Дети в возрасте до 3 лет составили подавляющее большинство – 29 (90,6 %). Наиболее часто (56,2 %) пациенты поступали в специализированный стационар в сроки 24-72 часа от момента проглатывания предмета: 24 часа – 18,7 %, 48 часов – 15,6 % и 72 часа – 21,9 %. Два ребёнка поступили через 1 месяц от момента проглатывания ИТ. Установ-

лены следующие причины поздней госпитализации: позднее обращение родителей за медицинской помощью – 15 (46,9 %) случаев, лечение ребёнка по поводу другой патологии – 14 (43,75 %). Доля рентгеннегативных ИТ составила 7 (21,9 %) наблюдений. В качестве ИТ чаще встречались монеты и миниатюрные элементы питания (56,25 % и 18,75 % соответственно). У данной группы больных осложнения отмечены в 100 % случаев: контактные язвы пищевода – 20 (62,5 %), контактные эрозии – 10 (31,25 %), контактное эритематозное воспаление – 2 (6,25 %). Все длительностоящие ИТ пищевода удалены эндоскопическим методом: при помощи фиброэзофагоскопии – 19 (59,4 %), ригидной эзофагоскопии – 13 (40,6 %). Необходимо отметить, что в 5 (15,6 %) случаях попытка удаления ИТ при помощи фиброэзофагоскопии оказалась безуспешной, что потребовало применения ригидной эзофагоскопии. Обращает на себя внимание тот факт, что троим детям проводились безрезультатные попытки экстракции ИТ в других лечебных учреждениях г. Хабаровска.

Выводы

Таким образом, с целью профилактики длительностоящих ИТ пищевода и их осложнений у детей важная роль должна отводиться активной санитарно-просветительской работе среди населения и формированию высокой настороженности первичного звена здравоохранения в этом вопросе. Определяющий лечебный фактор – это наличие эндоскопического отделения с круглосуточным режимом работы в составе специализированного детского медицинского учреждения.

СИСТЕМА ГЕМОСТАЗА У БОЛЬНЫХ СТРЕПТОКОККОВЫМИ ИНФЕКЦИЯМИ МЯГКИХ ТКАНЕЙ

А.С. Клименчук, А.П. Фролов

Научный руководитель: канд. мед. наук, доц. А.П. Фролов

Иркутский государственный медицинский университет, г. Иркутск

С середины 80-х годов XX века повсеместно наблюдается высокий уровень заболеваемости стрептококковых инфекций мягких тканей (СИМТ). Среди них существенно увеличилась доля заболеваний, протекающих с развитием обширного некротического поражения мягких тканей и высокой летальностью.

Цель исследования: изучение системы гемостаза у больных СИМТ и возможное ее влияние на развитие некрозов мягких тканей.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ иммунного статуса у крови у 123 больных с различными формами СИМТ, находившихся на лечении в клинике общей хирургии ИГМУ. Все больные были в возрасте от 18 до 92 лет. С учетом клинико-морфологических проявлений СИМТ все больные были разделены на 3 группы клинического сравнения.

В 1-ю группу клинического сравнения (1ГКС) были включены 50 больных рожей и целлюлитом, у которых морфологическим проявлением заболевания было серозное воспаление кожи и подкожной клетчатки. Во 2-ю группу клинического сравнения (2ГКС) вошли 31 больной флегмонозной формой рожи и гнойным целлюлитом. В 3-ю группу клинического сравнения (3ГКС) включены 42 больных некротической формой рожи, некротическим целлюлитом, фасциитом и миозитом.

Исследование гемокоагуляционного профиля больным СИМТ проводилось по стандартным методикам в острый период заболевания. Оно состояло из определения времени рекальцификации крови (Н. Bogerhof, L. Roka, 1954), толерантности плазмы к гепарину (R. Marber, A. Winterstein, 1955), естественного лизиса и ретракции кровяного сгустка (М.А. Котовщикова, Б.И. Кузик, 1962), количеству фибриногена (Р.А. Рутберг, 1961), наличия фибриногена «В» (Каммайна и Лаойс), активированного парциального тромбопластинового времени (АПТВ) (J. Caen, et al., 1968), тромбинового времени (Э. Сирмаи, 1957). Дополнительно определяли время свертываемости крови (ВСК) методом P.J. Lee, P. White, время кровотечения (ВК) по Дуке, подсчитывали количество тромбоцитов в 1 л. Средние значения полученных показателей представляли средней арифметической (\bar{M}) с ошибкой средней (m). Значимость различий между ними оценивали по критерию Стьюдента (t).

Результаты. У больных в 1ГКС ретракция кровяного сгустка ($41,8 \pm 2,1$ %) и время рекальцификации ($119,5 \pm 12,9$ сек.) находились в пределах нормальных значений. Толерантность плазмы к гепарину повышена ($164,1 \pm 15,8$ сек.), АПТВ ($37,0 \pm 2,1$ сек.) и тромбиновое время ($9,5 \pm 0,2$ сек.) укорочены. Уровень фибриногена крови был повышен ($5,58 \pm 0,42$ г/л) и определялся фибриноген «В» ($1,34 \pm 0,18$ у. е.). При этом фибринолиз кровяного сгустка за 3 часа значительно снижен ($6,5 \pm 0,5$ %). ВСК составило $336,8 \pm 15,1$ сек. и находилось в пределах нормальных показателей. ВК укорочено ($108,8 \pm 1,9$ сек.). В крови определялось нормальное количество тромбоцитов ($324,0 \pm 14,4 \times 10^9$ /л).

У больных 2ГКС ретракция кровяного сгустка ($41,3 \pm 1,4$ %) и время рекальцификации ($104,0 \pm 9,2$ сек.) в пределах нормальных показателей. Толерантность плазмы к гепарину повышена ($139,4 \pm 11,6$ сек.), АПТВ ($37,5 \pm 1,6$ сек.) и тромбиновое время ($9,2 \pm 0,1$ сек.) – укорочены. Уровень фибриногена был повышен ($5,89 \pm 0,54$ г/л) и определялся фибриноген «В» ($1,42 \pm 0,20$ у. е.). Фибринолиз кровяного сгустка значительно снижен ($5,9 \pm 0,7$ %). ВСК в пределах нормальных значений ($331,0 \pm 24,9$ сек.). ВК укорочено ($106,1 \pm 4,6$ сек.). В крови определялось нормальное количество тромбоцитов ($341,0 \pm 17,7 \times 10^9$ /л). Все эти показатели достоверно не отличались от показателей больных 1ГКС ($p > 0,05$).

У больных в 3ГКС время ретракция кровяного сгустка ($40,5 \pm 1,1$ %), время рекальцификации ($83,6 \pm 9,3$ сек.) и АПТВ ($42,9 \pm 1,7$ сек.) находились в пределах нормальных значений. Толерантность плазмы к гепарину повышена ($131 \pm 13,1$ сек.). Тромбиновое время укорочено ($9,6 \pm 0,2$ сек.). Количество фибриногена в крови больных было повышено ($5,79 \pm 0,65$ г/л) и определялся фибриноген «В» ($1,83 \pm 0,20$ у. е.). Фибринолиз кровяного сгустка значительно снижен ($6,7 \pm 1,0$ %). ВСК в пределах нормальных значений ($352,9 \pm 8,1$ сек.). ВК укорочено ($102,4 \pm 3,6$ сек.). В крови определялось нормальное количество тромбоцитов ($311,5 \pm 20,0 \times 10^9$ /л). Эти данные достоверно не отличались от показателей больных в 1ГКС и 2ГКС ($p > 0,05$).

Выводы. В острый период заболевания при различных формах СИМТ отмечаются нарушения в системе гемостаза в виде гиперкоагуляции, проявляющиеся в увеличении толерантности плазмы к гепарину, укорочении тромбинового времени, увеличении содержания фибриногена и появлении фибриногена «В» в плазме крови, снижении естественного лизиса кровяного сгустка и укорочении ВК. При этом принципиальных различий между показателями гемостаза у больных различными формами СИМТ не наблюдается. Следовательно, активация коагуляционного звена гемостаза является общей реакцией организма на воспаление и не влияет на развитие какой-либо формы заболевания.

ОПТИМИЗАЦИЯ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАНАРИЦИИ

Д.О. Ковалёв, А.П. Фролов

Научный руководитель: канд. мед. наук, доц. А.П. Фролов

Иркутский государственный медицинский университет, г. Иркутск

В настоящее время лечение панариция представляет актуальную проблему в связи с сохранением высокого уровня заболеваемости среди населения трудоспособного возраста, что обуславливает высокую инвалидизацию и приводит к существенным экономическим потерям.

Цель исследования: оценить эффективность методов лечения различных форм панариция, используемых в стационаре.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ 454 больных различными формами панариция, находившихся на лечении в клинике общей хирургии ИГМУ. Из них у 128 (28,2 %) больных был подкожный панариций, у 85 (18,7 %) – сухожильный, у 178 (39,2 %) – костный и у 63 (13,9 %) – пандактилит. Форма панариция определялась на основании клинических и рентгенологических данных. Мужчин было 302 (66,5 %), женщин – 152 (33,5 %). В возрасте до 40 лет было 230 (50,7 %), от 41 до 60 лет – 169 (37,2 %), остальные 55 (12,1 %) больных были старше 60 лет.

Всем больным не зависимо от формы панариция проводилось оперативное лечение и антибактериальная терапия с использованием линкомицина, реже цефазолина и цефатоксима. В послеоперационном периоде одной группе больных (293) в I фазе раневого процесса проводили традиционное лечение: перевязки ран с растворами фурацилина 1:5000, хлоргексидина 1:400 или мазью «Левомеколь», физиолечение (УВЧ-терапию, лазеротерапию). Другой группе больных (161) осуществляли перевязки ран с использованием протеолитического иммобилизованного фермента «Имозимаза» со сроком действия до 1 суток и повязок с высокой поглощательной способностью на основе гидрофильных альгинатных волокон. Для повышения концентрации антибиотика в очаге гнойного воспаления у этой группы больных применялся внутритканевой электрофорез антибиотиков. Локальное воздействие гальванического тока осуществляли через 2-4 часа после внутримышечного введения линкомицина в дозе 0,6 г (в момент максимальной концентрации линкомицина в крови). Всего проводилось 5-6 процедур. Плотность тока составляла 0,03-0,05 мА/см², положение электродов соответствовало проекции гнойного очага на пальце. Длительность воздействия гальванического тока составляла до 40 минут.

Результаты. При использовании в комплексном лечении панариция протеолитических иммобилизованных ферментов, современных перевязочных материалов с высокой поглощательной способностью в сочетании внутритканевого электрофореза антибиотиков отмечены хорошие результаты. У всех больных имело место более раннее исчезновение местных острых воспалительных явлений, нормализация показателей общего анализа крови, и температуры тела, уменьшение болей, восстановление функции пальца. Средняя продолжительность лечения больных в этой группе сократилась более чем на 3 дня и составила 10,4 дня. Количество инвалидизирующих операций (ампутаций пальцев) было выполнено у 35 (21,7 %) больных, что на 10 % меньше чем при традиционном лечении.

Выводы. Использование протеолитических иммобилизованных ферментов, повязок с высокой поглощательной способностью на основе гидрофильных альгинатных волокон в сочетании с внутритканевым электрофорезом антибиотиков позволяет улучшить результаты лечения панариция. Данный метод можно рекомендовать для широкого использования.

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА КРОВОТЕЧЕНИЙ И ЛЕЧЕБНАЯ ТАКТИКА ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВАХ У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА

И.И. Коровкин, А.П. Фролов

Научный руководитель: канд. мед. наук, доц. А.П. Фролов
Иркутский государственный медицинский университет, г. Иркутск

Кровотечения из верхних отделов желудочно-кишечного тракта остаются одной из актуальных проблем современной медицины в виду высокой частоты встречаемости (100-120 случаев на 100 000 населения) и неудовлетворительных результатов лечения. Наиболее частой причиной (до 50 %) таких кровотечений являются хронические гастродуоденальные язвы (ХГДЯ). Неудовлетворительные результаты лечения больных с кровотечением из ХГДЯ связаны, прежде всего, с высокой общей и послеоперационной летальностью, которая при наиболее тяжёлых формах кровотечений достигает 11-35 %. Особый интерес представляет данная проблема у лиц молодого возраста.

Цель исследования: оценить особенности кровотечений из ХГДЯ и результаты лечения у лиц молодого возраста.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ 15 наблюдений кровотечений из ХГДЯ у больных, находившихся на лечении в клинике общей хирургии ИГМУ. Среди них мужчин было 12 (80,0 %), женщин – 3 (20,0 %). Все больные были в возрасте от 16 до 30 лет, средний возраст составил 23,6 лет. В 9 (60,0 %) наблюдениях больные госпитализировались в клинику по направлению городской скорой помощи, в 2 (13,3 %) по направлению из других стационаров города, в 4 (26,7 %) после самостоятельного обращения. Направлений на госпитализацию из поликлиник не было.

Результаты. При поступлении в клинику в анамнезе рвота кровью была в 6 (40,0 %) наблюдений, мелена – в 7 (46,7 %). В течение первых 6 часов заболевания в клинику поступило 2 (13,3 %) больных, в течение 24 часов – 8 (53,3 %), позднее 24 часов – 5 (33,4 %). При поступлении удовлетворительное состояние было у 5 (33,3 %) больных, средней тяжести – у 5 (33,3 %), тяжелое – у 5 (33,3 %), сознание оставалось ясным у 14 (93,4 %) больных, сопор был у 1 (6,7 %).

В 5 (33,3 %) наблюдениях имела место кровопотеря лёгкой степени, в 4 (26,6 %) – средней тяжести, в 4 (26,6 %) – тяжёлая, в 1 (6,7 %) – массивная кровопотеря. Видеоэзофагогастродуоденоскопия выполнялась всем больным. В 3 (20,0 %) наблюдений диагностирована язвенная болезнь желудка (ЯБЖ), в 12 (80,0 %) – язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки (ЯБДПК). Риск рецидива кровотечения оценивался по Forest (F). Риск F1a был в 6,7 % наблюдениях, F1b – 6,7 %, F2в – 46,7 %, F2с – 33,3 %; F3 – 1 (6,6 %). Спонтанная остановка кровотечения имела место в 13 (86,6 %)

наблюдений, в 3 (20,0 %) применялся эндоскопический гемостаз с профилактической целью. Метод аргоно-плазменной коагуляции использовался в 1 (6,7 %), орошения раствором феракрилом – 1 (6,7 %), обкалывание раствором адреналина – 3 (20,0 %). У 4 (26,7 %) больных первичные эндоскопические исследования оказались неинформативными. Для выявления источника кровотечения у этой группы больных потребовались повторные исследования, после дополнительной подготовки.

Все больные с кровотечениями из ХГДЯ госпитализировались в палату интенсивной терапии, в которой проводилась массивная противоязвенная терапия, состоящая из внутривенного введения блокаторов ионной помпы (омепрозол) и H₂-блокаторов (фаматидин). Больным проводилась внутривенная гемостатическая и корригирующая терапия.

Рецидив кровотечения возник у 2 (13,3 %) больных. У одного из них была ЯБЖ, у другого – ЯБДПК. У больного ЯБЖ эндоскопический гемостаз оказался невозможен (локализация язвенного дефекта эндоскопически установлена не была). У больного ЯБДПК был осуществлен эндоскопический гемостаз обкалыванием раствором адреналина, который был эффективным.

Оперативное лечение было выполнено 2 (13,3 %) больным. Показанием к хирургическому методу остановки кровотечения из ХГДЯ явилось наличие высокого риска рецидива кровотечения после спонтанной остановки или ранее проведенного эндоскопического гемостаза. С целью остановки кровотечения в одном из наблюдений было выполнено иссечение хронической язвы тела желудка, в другом – резекция желудка по Бильрот-2. Осложнений в послеоперационном периоде не было.

Контрольная видеоэзофагогастродуоденоскопия проводилась в 8 (53,4 %) наблюдениях, перед выпиской больных из клиники. Средняя продолжительность лечения составила 9,9 койко-дней, из них 3,4 – в палате интенсивной терапии. Умерших больных и больных, у которых развились осложнения, не было. Все больные после выписки направлялись на лечение к гастроэнтерологу.

Выводы

Большинство больных молодого возраста поступают в хирургическое отделение с кровотечением из ХГДЯ в стабильном состоянии. Консервативные методы остановки кровотечений являются эффективными. Сочетание эндоскопических методов гемостаза с массивной противоязвенной терапией (внутривенное введение блокаторов ионной помпы и H₂-блокаторов) позволяет у лиц молодого возраста уменьшить показания к хирургическому лечению, в том числе и резекции желудка, тем самым улучшить качество жизни.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ИНФИЦИРОВАННОГО ПАНКРЕОНЕКРОЗА

И.И. Коровкин, А.П. Фролов

Научный руководитель: канд. мед. наук, доц. А.П. Фролов
Иркутский государственный медицинский университет, г. Иркутск

Инфицированный панкреонекроз представляет собой вариант тяжелого абдоминального сепсиса, источником которого являются инфицированные очаги некротической деструкции в брюшной полости и забрюшинном пространстве. Хирургическая стратегия при инфицированном панкреонекрозе предусматривает удаление очагов некротической деструкции в забрюшинном пространстве, отграничение некротических зон от свободной брюшной полости, обеспечение адекватного оттока экссудата.

Цель исследования: оценить результаты хирургического лечения инфицированного панкреонекроза.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ 65 больных инфицированным панкреонекрозом, которые были оперированы в клинике общей хирургии ИГМУ лапаротомным доступом.

Результаты. У 39 больных, оперированных лапаротомным доступом, полная реализация хирургических задач позволила ограничить хирургическую программу единственным вмешательством: вскрытием и дренированием гнойных образований в забрюшинной клетчатке и сальниковой сумке (22), абдоминализацией при распространенном гнойно-некротическом поражении поджелудочной железы и забрюшинной клетчатки (12), корпорокаудальной резекцией поджелудочной железы в сочетании с некрсеквестрэктомией (5). Отсутствие возможности единовременного решения всех стратегических задач, предусмотренных хирургической программой, вынуждало перейти к этапному лечению инфицированного панкреонекроза (26). Среди оперированных 15 больных дважды, 11 – три или более раз.

Ранняя повторная операция включалась в хирургическую программу, если крайняя степень тяжести больного не позволяла выполнить запланированный объем во время первичного вмешательства. В этом случае исчерпывающее по объему вмешательство выполнялось спустя 24-48 часов, после стабилизации общего состояния пациента (5). Последующие программированные оперативные вмешательства (через 3-5 суток у 5 больных, через 6-7 – у 4, через 8-10 – у 4) предусматривали планомерные ревизии и некрсеквестрэктомии с учетом длительной трансформации всех некротических зон, поиски и ликвидацию резидуальных очагов деструкции и инфицирования, обеспечение активного санационного лаважа забрюшинного пространства и адекватное дренирование брюшной полости.

Выполнение релапаротомий «по требованию» (8) являлось закономерным этапом хирургического лечения инфицированного панкреонекроза (на 10-13 сутки у 3 больных, на 14-20 – у 2, более чем через 20 суток – у 3),

что обеспечивало своевременную санацию рекуррентных инфицированных субстратов, повторное дренирование различных отделов брюшной полости и забрюшинного пространства.

Летальность среди больных инфицированным панкреонекрозом составила 56,5 % (39). Причиной смерти явились абдоминальный сепсис (13), полиорганная недостаточность (17), гнойный перитонит (2), аррозивные кровотечения (2), острый инфаркт миокарда (3) и ТЭЛА (2).

Выводы

При лечении инфицированного панкреонекроза полная реализация хирургических задач в ходе первой операции (удаление некротических очагов и адекватное дренирование) достигается только в половине наблюдений. Для достижения поставленных задач в другой половине наблюдений требуется выполнение повторных операций.

БАЛЛОН С ЛЕКАРСТВЕННЫМ ПОКРЫТИЕМ – НОВАЯ СТУПЕНЬ В ЛЕЧЕНИИ РЕСТЕНОЗОВ ВНУТРЕННЕЙ СОННОЙ АРТЕРИИ

А.В. Коротких

Научный руководитель: д-р мед. наук, доц. Ю.В. Бондарь

Федеральный центр сердечно-сосудистой хирургии;

ДВГМУ, г. Хабаровск

Применение баллонов с лекарственным покрытием при лечении атеросклероза в различных сосудистых бассейнах – это современный раздел эндоваскулярной хирургии, который активно развивается и прогрессирует, показывая положительные эффекты от использования в коронарном русле и артериях нижних конечностях. Задачей изобретения является способ лечения рестенозов после операций на внутренней сонной артерии с применением паклитаксель покрытых баллонов для создания наиболее безопасной, эффективной, простой и материально не затратной реоперации. Для устранения возникших рестенозов традиционно используют следующие методики: простую баллонную ангиопластику, каротидное стентирование, каротидную эндартерэктомию, резекцию с редрессацией внутренней сонной артерии и другие. Однако часть этих методик мало эффективна, другие материально затратные, сложные в выполнении и продолжительные по времени. Преимущества применения баллонов с лекарственным покрытием: отсутствуют специфические осложнения во время операции; отсутствуют специфические осложнения в отдаленном периоде; местная доставка лекарственного средства; более равномерная и полная доставка лекарства к сосудистой стенке; более быстрая эндотелизация и, следовательно, уменьшение времени двойной дезагрегантной терапии; не появляется слой биме-

талла; легкая доставляемость, нет усложнения устройства или процедуры. В рамках проекта УМНИК планируется проведение трех ангиопластик паклитаксель покрытым баллоном. Потребителями данной технологии будут пациенты с рестенозами после операции на внутренней сонной артерии. Коммерциализация – создание курсов для обучения других специалистов данной методике, взаимодействие с фирмами производителями и создание специализированного баллонного катетера для внутренней сонной артерии.

ОПЫТ СТЕНТИРОВАНИЯ ВНУТРЕННИХ СОННЫХ АРТЕРИЙ НА БАЗЕ ФЦ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ХИРУРГИИ ГОРОДА ХАБАРОВСКА

**А.В. Коротких, К.В. Поляков, К.В. Пушкарев, С.Е. Лысов,
Н.В. Бондарь, В.Ю. Бондарь**

Научный руководитель: д-р мед. наук, доц. В.Ю. Бондарь
ДВГМУ, г. Хабаровск

Каротидное стентирование прочно вошло в арсенал эндоваскулярных хирургов и доказало свою эффективность в предупреждении и лечении цереброваскулярных заболеваний. Эти данные подтверждаются несколькими рандомизированными исследованиями: CAVATAS 1997 г., SAPPHIRE 2004 г., CREST 2010 г., CREST II 2012 г.

Цель: представлен опыт успешного стентирования внутренних сонных артерий на базе ФЦ ССХ г. Хабаровска.

Материалы и методы. С 1 января 2011 года по 1 марта 2014 года было выполнено 132 операции стентирования внутренней сонной артерии (всего 130 пациентов). Все пациенты перед операцией прошли стандарт обследования, который обязательно включал ультразвуковое исследование с цветовым доплеровским картированием и компьютерную томографию магистральных артерий головы. Средний возраст больных составил 62,3 лет. Средняя продолжительность операции составила 38,6 минут. Наибольшее количество пациентов составили группы с хроническим нарушением мозгового кровообращения III и IV степени (65,4 %). Все операции были выполнены с использованием системы защиты от дистальной эмболии типа Spider FX. В ходе операции были имплантированы The Protege RX Carotid Stent System различных размеров. Все пациенты в течение 5 дней перед операцией получали двойную дезагрегантную терапию (аспирин+клапидогрел), также им было рекомендовано продолжить прием препаратов в течение 6 месяцев после процедуры.

Результаты: все 132 операции прошли успешно и завершились с хорошим гемодинамическим эффектом, кровоток типа TICI 3. Во время операции осложнений не было. В раннем послеоперационном периоде у четы-

рех пациентов развился реперфузионный синдром, на фоне проведенной консервативной терапии симптомы регрессировали. В одном случае больная перенесла транзиторную ишемическую атаку в бассейне левой средней мозговой артерии (гемодинамический – гипоперфузионный вариант), на фоне проведенного лечения регресс всех симптомов. Все пациенты были выписаны в удовлетворительном состоянии. Кроме того, восемью пациентами после имплантации стентов была выполнена операция на сердце в объеме аортокоронарного шунтирования.

Выводы

Получены хорошие результаты стентирования внутренней сонной артерии у пациентов Дальневосточного региона с отсутствием летальных исходов и больших осложнений, и одной транзиторной ишемической атакой с хорошим терапевтическим эффектом. Количество операций имплантации каротидных стентов с каждым годом будет увеличиваться.

ПЕРВЫЙ ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ СТЕНТГРАФТОВ ADVANTA-V12 В ХАБАРОВСКОМ КРАЕ

**А.В. Коротких, А.Н. Фирстов, А.В. Нужных,
А.А. Бабаев, В.И. Кузин, Н.И. Андреев**

ДВГМУ, г. Хабаровск

Распространение атеросклероза приводит к увеличению числа больных, в том числе с гемодинамически значимыми поражениями крупных ветвей аорты, артерий нижних конечностей. До недавнего времени лидирующими методами восстановления проходимости пораженных сосудов являлись открытые артериальные реконструкции. Однако, благодаря обширному внедрению в хирургическую практику интервенционных методов лечения и созданию современных баллонных катетеров и стентов, с каждым годом увеличивается количество эндоваскулярных операций на подвздошных артериях, артериях нижних конечностей, брахиоцефальном стволе и подключичных артериях. В связи с этим для выбора наиболее оптимального способа хирургического лечения были разработаны критерии и классификации, в частности для сосудов нижних конечностей TASC II (2007 г.). В настоящее время в арсенале эндоваскулярных хирургов появились ультрасовременные стентграфты ADVANTA V12 компании Atrium (США), которые уже доказали свою эффективность в крупных центрах Северной Америки и Европы.

Представлен опыт успешного применения стентграфтов ADVANTA V12 в лечении атеросклеротических поражений подвздошных артерий, артерий нижних конечностей и брахиоцефального ствола на базе ОРХМДиЛ КГБУЗ ККБ № 1 им. С.И. Сергеева.

Материалы и методы: с 1 апреля 2013 по 1 декабря 2013 было установлено 20 стентграфтов ADVANTA V12. Всего прооперировано 17 пациентов (18 операций) – 15 мужчин, 2 женщины. Двум пациентам одним этапом установили 2 стентграфта в связи с поражением нескольких этажей артерий нижних конечностей (общая подвздошная + наружная подвздошная артерии в одном случае, общая бедренная + поверхностная бедренная в другом случае). Одному пациенту выполнено двухэтапное поочередное стентирование правой и левой наружной подвздошной артерии. Все пациенты прошли стандарт обследования, который обязательно включал ультразвуковое исследование с цветовым доплеровским картированием и ангиографию интересующего сосудистого бассейна. Для операций были отобраны пациенты групп А и В по классификации TASC II, с хроническим нарушением кровообращения в нижних конечностях IIБ-III стадии по классификации Фонтейна-Покровского. У пациента с критическим стенозом брахиоцефального ствола отмечалось хроническое нарушение мозгового кровообращения III степени по А.В. Покровскому и steal-синдром. Средний возраст больных составил 55,6 лет. Средняя длительность операции составила 42,5 минут. Все вмешательства выполнялись трансфеморальным доступом с использованием интродьюсера 8F/9F. При необходимости выполнялась преддилатация зоны стеноза для дальнейшего облегчения проведения конструкции стентграфта. Всего выполнено 8 стентирований общей подвздошной артерии, 7 – наружной подвздошной артерии, 2 – общей бедренной артерии, 2 – поверхностной бедренной артерии, 1 – брахиоцефального ствола. Все пациенты в течение 5 дней перед операцией получали двойную дезагрегантную терапию (аспирин + клопидогрел), также им было рекомендовано продолжить прием препаратов в течение 6 месяцев после процедуры.

Результаты: все 18 операций прошли успешно и завершились с хорошим ангиографическим результатом. Хроническая ишемия была либо полностью ликвидирована, либо снизилась до стадии IA. В случае стентирования брахиоцефального ствола ушел steal-синдром и неврологические нарушения, связанные с бассейном правой внутренней сонной артерии. Во время операций и в раннем послеоперационном периоде осложнений не было. Все пациенты выписаны в срок в удовлетворительном состоянии.

Выводы: получены хорошие результаты использования в эндоваскулярной практики стентграфтов ADVANTA V12. Отсутствие интра- и ранних послеоперационных осложнений говорит о правильном отборе пациентов и достаточной квалификации эндоваскулярных хирургов. В дальнейшем планируется увеличение операций с использованием стентграфтов ADVANTA V12.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕВЕНТИВНОГО ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ

Н.А. Куликова

Научный руководитель: д-р мед. наук, проф. Н.В. Ташкинов
ДВГМУ, г. Хабаровск

Актуальность. Актуальность внедрения превентивного эндопротезирования обусловлена довольно частым развитием послеоперационных вентральных грыж после выполнения срединной лапаротомии, а именно – до 7-24 % ежегодно, несмотря на адекватное ушивание раны и применения консервативных лечебно-профилактических мероприятий (Гогия Б.Ш. и соавт, 2007; Itani K.M., et al., 2010), а также высоким риском развития ущемления, летальность при которых достигает 3 %, а при позднем поступлении – до 10 % (Гогия Б.Ш. и соавт, 2007; Щербаков Н.В., 2010).

Однако, использование надапоневротического эндопротезирования передней брюшной стенки полипропиленовым эндопротезом чревато развитием раневых осложнений вплоть до нагноения раны и отторжения эндопротеза, частота которых составляет 16,6-26 % (Мирзабекян Ю.Р., Добровольский С.Р., 2008; Винник Ю.С., 2010). Это обусловлено наличием у пациентов таких заболеваний, как сахарный диабет, ожирение II-III степени, анемии (Белобородов В.А. и соавт, 2012; Moussavian M.R., et al, 2010; Klink C., 2011). Интраабдоминальное расположение того же эндопротеза приводит к развитию внутрибрюшных осложнений из-за действия полипропилена на стенку кишечника (Егиев В.Н. и соавт., 2003; H.G. Doctor, 2006).

Таким образом, разработка алгоритма выбора способа фиксации эндопротеза является практически значимым.

Материалы и методы. Отобраны и обследованы 107 пациентов, нуждающихся в оперативном лечении через срединный лапаротомный доступ в хирургических отделениях ГКБ № 11 за период с 2010 по 2012 год. Показанием для превентивного эндопротезирования являлся крайне высокий риск развития послеоперационных вентральных грыж (Ташкинов Н.В. и соавт., 2013).

Оптимизация выбора способа превентивного эндопротезирования осуществлялась с помощью предложенного нами алгоритма, который заключается в следующем. Сначала проводится обследование, включающее взвешивание пациента и измерение индекса массы тела (ИМТ), ОАК, ОАМ, БАК для выявления факторов, обеспечивающих развитие раневых осложнений – ожирение 2-3-й ст. (ИМТ более 35 кг/м² и более), сахарный диабет, анемия, гипопротеинемия, возраст старше 50 лет, наличие курения. При наличии факторов риска применяется подапоневротическая фиксация композитного эндопротеза, состоящего из полипропиленового эндопротеза (верхний слой, примыкающий к брюшине) и политетрафторэтиленового эн-

допротеза (нижний слой, прилегающий к внутренним органам). Гладкая поверхность последнего препятствует к образованию спаечного процесса в брюшной полости, и тем самым обеспечивает профилактику развития осложнений. При отсутствии факторов риска развития раневых осложнений применяется надапоневротическое эндопротезирование с фиксацией полипропиленового эндопротеза. На данный метод получена приоритетная справка и ходатайство на проведение экспертизы по существу на патент «Способ профилактики послеоперационных вентральных грыж после срединной лапаротомии» № 2013138914 от 08.08.2013.

Результаты. В группу крайне высокого риска развития послеоперационных вентральных грыж вошли 19 из 107 обследованных пациентов, из них у 9 пациентов было выполнено превентивное эндопротезирование. У 4 пациентов выявлена высокая вероятность развития раневых осложнений (ожирение 2-3-й степени, сахарный диабет, анемия) и, согласно нашему алгоритму, было выполнено интраабдоминальное эндопротезирование передней брюшной стенки с использованием композитного эндопротеза. Для сокращения времени оперативного вмешательства фиксация эндопротеза осуществлялась лапароскопическим способом (получена приоритетная справка и ходатайство о проведении экспертизы заявки на изобретение по существу «Способ этапного видеоассистированного превентивного эндопротезирования передней брюшной стенки» № 2013138914 от 08.08.2013). Остальным 5 пациентам ввиду отсутствия вероятности развития раневых осложнений превентивное эндопротезирование выполнено надапоневротическим способом с использованием полипропиленовой сетки.

В послеоперационном периоде у 1 пациента с надапоневротическим эндопротезированием развилась серома, купированная в течение 3 недель с помощью нескольких пункций. У пациентов с интраабдоминальным эндопротезированием раневых осложнений выявлено не было. Наблюдение за пациентами, подвергшихся превентивному эндопротезированию, показало отсутствие развития послеоперационных вентральных грыж в отдаленном периоде. А среди 10 пациентов, отказавшихся от превентивного эндопротезирования у 3 (30 %) пациентов было отмечено возникновение грыжи.

Выводы

Внедренный алгоритм выбора способа фиксации эндопротеза обеспечивает снижение частоты развития раневых осложнений, что улучшает качество оперативного вмешательства.

Применение интраабдоминального способа превентивного эндопротезирования с видеоассистированной поддержкой позволит упростить методику выполнения операции и уменьшить длительность выполнения вмешательства.

Применение превентивного эндопротезирования у пациентов с крайне высоким риском развития послеоперационных вентральных грыж обеспечивает профилактику развития последних.

АНТИБАКТЕРИАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ СТРЕПТОКОККОВЫХ ИНФЕКЦИЙ МЯГКИХ ТКАНЕЙ В ХИРУРГИЧЕСКОМ СТАЦИОНАРЕ

Н.В. Лифа, А.П. Фролов

Научный руководитель: канд. мед. наук, доц. А.П. Фролов
Иркутский государственный медицинский университет, г. Иркутск

С середины 80-х годов XX века повсеместно наблюдается высокий уровень заболеваемости стрептококковых инфекций мягких тканей (СИМТ). Среди СИМТ существенно увеличилась доля заболеваний, протекающих с развитием обширного некротического поражения мягких тканей, летальность при которых достигает 80 %.

Общепринятой классификации СИМТ нет. A.L. Bisno и D.L. Stevens (1996) в зависимости от уровня и характера поражения мягких тканей СИМТ подразделяют на: 1) стрептококковую пиодермию, 2) рожу и целлюлит, 3) некротизирующие инфекции мягких тканей, 4) синдром стрептококкового токсического шока. Стрептококковая пиодермия представляет собой ограниченную поверхностную гнойную инфекцию кожи. Рожа и целлюлит являются распространенными поверхностными инфекциями наружных покровов. Целлюлит определяется как острый воспалительный процесс кожи и подкожной клетчатки. Рожа является формой целлюлита, при которой воспалительный процесс ограничен поверхностными слоями кожи. В группу некротизирующих инфекций мягких тканей стрептококковой этиологии включены некротизирующий фасциит и миозит – инфекции, поражающие глубокие слои мягких тканей и протекающие с высокой летальностью.

Цель работы: оценить эффективность антибактериальной терапии при различных формах СИМТ в условиях хирургического стационара.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ 454 наблюдений СИМТ у больных, которые находились на лечении в клинике общей хирургии ИГМУ. У 281 больных были поверхностные формы инфекции – рожа и целлюлит. У 173 имелись глубокие формы – некротическая форма рожи, некротизирующий фасциит и миозит, протекающие с явлениями сепсиса.

Результаты. При проведении лечения поверхностных форм СИМТ стандартом антибактериальной терапии являлось назначение пенициллина (12 млн ЕД/сут.) в течение 7-10 суток. Антибиотиком резерва являлся линкомицин. При наличии гнойных осложнений пенициллинотерапию сочетали с цефалоспорином I-III поколения (2-4 г/сут.) или назначался амоксициллин-клавуланат 2,4-3,6 г/сут. внутривенно. С целью повышения концентрации антибиотиков в пораженных тканях проводилась их электрокумуляция с одномоментным стимулированием лимфотоксического дренажа медикаментозными препаратами (детралекс 6 таб./сут.) в сочетании с фо-

тотерапией и магнитотерапией. При необходимости проведения повторного курса антибактериальной терапии применялись препараты резерва (линкозамыны, макролиды). Хирургическое лечение при поверхностных инфекциях мягких тканей проводилось только при развитии гнойного целлюлита. Операция заключалась в широком вскрытии и дренировании гнойного очага в день его диагностики.

При лечении жизнеугрожающих глубоких стрептококковых инфекций мягких тканей базовым этиотропным препаратом являлся клиндамицин (1,2-2,4 г/сут.). Пенициллин использовался только в самом начале заболевания, вследствие снижения его эффективности при глубоких инфекциях в поздних стадиях заболевания. С учетом неминуемого развития в некротических тканях вторичной инфекции базовый антибиотик усиливался антибактериальными препаратами широкого спектра действия (цефалоспорины III поколения 4-6 г/сут. в сочетании с метронидазолом 1,5 г/сут.). Объем инфузионной терапии зависел от тяжести интоксикационного синдрома.

Срок проведения хирургического лечения глубоких инфекций мягких тканей был индивидуализирован и зависел от продолжительности заболевания, характера лечения, площади некроза, степени интоксикационного синдрома, наличия или отсутствия гнойных осложнений. Обязательным условием предстоящей операции было проведение полноценной предоперационной подготовки, направленной на ликвидацию инфекционно-токсического шока, коррекцию дисфункций органов и систем.

За счет оптимизации антибактериальной и дезинтоксикационной терапии к 3 суткам лечения независимо от характера воспаления в мягких тканях (серозного или некротического) удавалось остановить прогрессирование процесса, существенно уменьшить интоксикационный синдром.

Выводы

При поверхностных формах СИМТ (роже и целлюлите) основным этиотропным препаратом должен являться пенициллин, при глубоких формах СИМТ (некротизирующем фасциите и миозите) – клиндамицин. При гнойных и некротических процессах в тканях базовая антибиотикотерапия должна усиливаться антибактериальными препаратами широкого спектра действия, профилактики и лечения вторичной инфекции.

ХАРАКТЕРИСТИКА ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ И РЕЛАПАРОТОМИЙ ПРИ ЭКСТРЕННЫХ И СРОЧНЫХ ОПЕРАЦИЯХ НА ОРГАНАХ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ

Н.В. Лифа, А.П. Фролов

Научный руководитель: канд. мед. наук, доц. А.П. Фролов
Иркутский государственный медицинский университет, г. Иркутск

Релапаротомия до сих пор является важным методом лечебной программы для устранения осложнений операций на органах брюшной полости, представляет собой ответственное оперативное вмешательство и нередко является «операцией отчаяния», проводимой в самых неблагоприятных условиях. В то же время именно релапаротомия остается наиболее эффективным методом коррекции прогрессирующей патологии органов брюшной полости и устранения возникших в послеоперационном периоде патологических состояний, угрожающих жизни больного.

Цель исследования: оценить характер послеоперационных осложнений, возникших после экстренных и срочных операций на органах брюшной полости и особенностей выполненных релапаротомий по этому поводу.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ выполнения релапаротомий «по требованию», которые выполнялись по поводу послеоперационных осложнений у 105 больных, находившихся на лечении в клиники ИГМУ по поводу острой абдоминальной патологии.

Результаты. К релапаротомии «по требованию» прибегали в случаях, когда в послеоперационном периоде возникали патологические состояния, которые не прогнозировались во время первой операции. Первичные операции в этой группе были проведены по поводу осложнений язвенной болезни (32), патологии желчных путей (19), деструктивных форм панкреатита (16), острой кишечной непроходимости (14), ущемленных грыж передней брюшной стенки различной локализации (10), деструктивных форм острого аппендицита (9), острых нарушений мезентериального кровообращения (5).

При осложненных формах язвенной болезни (гастродуоденальное кровотечение – 12, перфоративная гастродуоденальная язва – 18, язвенный стеноз – 2) в 24 наблюдениях были выполнены резекции желудка, в 8 – ушивание перфоративной язвы. При патологии желчных путей (острый холецистит – 10, холедохолитиаз – 4, опухоль головки поджелудочной железы – 3, опухоль внепеченочных желчных протоков – 2) в 10 наблюдениях произведены холецистэктомии, в 5 – холецистэктомии в сочетании с наружным дренированием желчных протоков, в 4 – холецистэктомии в сочетании с билиодигестивными анастомозами. При деструктивных формах острого панкреатита во время первой операции выполнялись абдоминализации поджелудочной железы (3), некрсеквестрэктомии (8), дренирование

изолированных скоплений инфицированной жидкости или гноя (5). При острой кишечной непроходимости первое оперативное пособие включало деторзию тонкого кишечника при завороте (3), энтеролизис при спаечной кишечной непроходимости (7), либо энтеролизис в сочетании с резекцией кишечника и энтероэнтеростомией (4). При ущемленных грыжах передней брюшной стенки различной локализации производилась герниотомия в сочетании с герниопластикой (4), которая, при наличии некроза в тонкой кишке дополнялась резекцией кишки и энтероэнтероанастомозом (6). При деструктивных формах острого аппендицита выполнялась аппендэктомия из местного (4), либо из лапаротомного (5) доступа. При острых нарушениях мезентериального кровообращения выполнялась резекция некротизированного сегмента кишки с первичным анастомозом (5).

Показаниями к повторным вмешательствам у 36 больных явились несостоятельность швов полых органов и анастомозов, у 24 – продолжающийся перитонит, у 12 – внутрибрюшное кровотечение (в 4 наблюдениях – из ложа желчного пузыря в раннем послеоперационном периоде после холецистэктомии, в 4 – диффузные кровотечения, конкретный источник которых при повторной операции установить не удалось, в 3 – аррозивные кровотечения в поздние сроки при деструктивном панкреатите, в 1 наблюдении – кровотечение из пузырной артерии в ранние сроки после холецистэктомии), у 10 – ранняя спаечная кишечная непроходимость, у 9 – формирование гнойников в брюшной полости, у 9 – эвентрация, у 5 – прогрессирующий панкреонекроз.

Релапаротомии выполнялись в различные сроки после первичной операции. У 13 больных релапаротомия выполнена на 1 сутки, у 12 – на 2, у 18 – на 3, у 2 – на 4, у 18 – на 5 и у 42 больных – спустя 5 суток с момента первичной операции. Основными задачами релапаротомии «по требованию» являлись по возможности радикальное устранение причины развившегося осложнения, тщательная санация и адекватное дренирование брюшной полости, а также обеспечение полноценной разгрузки желудочно-кишечного тракта.

Устранение причины катастрофы являлось ответственным этапом повторной операции. При несостоятельности швов и продолжающемся перитоните выполнялось укрепление анастомоза дополнительными швами (26), производились резекции кишечника с энтероэнтероанастомозом (24), резекции кишечника с наложением стомы (5), резекции желудка (4), гастрэктомия (1). При внутрибрюшном кровотечении перевязывались или прошивались кровоточащие сосуды (5), выполнялась спленэктомия при повреждениях селезенки (3), либо релапаротомия ограничивалась ревизией органов брюшной полости (у 4 больных имелись диффузные кровотечения, конкретный источник которых установить не удалось). При наличии абсцессов в брюшной полости производилось их дренирование (9). При эвентрации – выполнялось ушивание (9). При развитии ранней спаечной

кишечной непроходимости (10) осуществляли энтеролизис в сочетании с назоинтестинальной интубацией. При прогрессировании панкреонекроза (5) у 2 больных во время повторной операции выполнена спленэктомия и абдоминализация поджелудочной железы, у 3 – дренирование ретрогастрального пространства.

Важным элементом релапаротомии является кишечная декомпрессия желудочно-кишечного тракта. С этой целью устанавливался назоинтестинальный зонд, в 3 наблюдениях выполнялась трансанальная интубацию толстой кишки, в 3 – наложение колостом, либо использовали сочетание нескольких способов (4). Любая релапаротомия завершалась тщательной санацией и дренированием брюшной полости.

В дальнейшем вопрос о режиме ведения больных решался на основании учета характера патологического процесса в брюшной полости, конкретной интраоперационной ситуации, оценки общего состояния. У 78 больных, релапаротомия стала единственным повторным вмешательством. У 27 больных, потребовались повторные релапаротомии в режиме этапных санаций. Послеоперационная летальность при релапаротомиях, выполненных по требованию» составила 29,5 % (31).

Выводы

Основными показаниями к выполнению релапаротомий после выполнения экстренных и срочных операций на органах брюшной полости являются: несостоятельность швов на органах ЖКТ и продолжающийся перитонит. Несмотря на высокую летальность, релапаротомия остается наиболее эффективным методом коррекции прогрессирующей патологии органов брюшной полости в послеоперационном периоде.

ЛЕЧЕНИЕ СИНДРОМА ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ В УСЛОВИЯХ ХИРУРГИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА

Р.Т. Мамедов, А.П. Фролов

Научный руководитель: канд. мед. наук, доц. А.П. Фролов
Иркутский государственный медицинский университет, г. Иркутск

За последние годы 10 лет существенно возросло число больных, страдающих сахарным диабетом (СД), которые составляют в настоящее время 4-5 % населения планеты. В 20-80 % наблюдений СД приводит к развитию специфического осложнения – синдрому диабетической стопы (СДС), а сопутствующие ему гнойно-некротические осложнения в 50-75 % наблюдений приводят к ампутациям конечности. Летальность после ампутации на уровне бедра у больных СД достигает 50-85 %.

Цель работы: оценка результатов комплексного лечения СДС в условиях хирургического стационара и определение путей улучшения результатов лечения.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ результатов лечения у 344 больных СДС, которые находились на лечении в клинике общей хирургии ИГМУ. Мужчин было 143 (41,6 %), женщин – 201 (58,4 %). В возрасте 20-40 лет было 15 (4,4 %) больных, 41-50 лет – 17 (4,9 %), 51-60 лет – 78 (22,7 %) и старше 60 лет – 234 (68,0 %). СД I типа диагностирован в 19 (5,5 %) наблюдениях, II типа – в 325 (94,5 %).

Результаты. При поступлении всем больным проводили комплексное обследование, направленное на уточнение приоритетных звеньев патогенеза СДС с целью оптимизации комплексного патогенетического лечения. У 333 (96,8 %) больных диагностирована нейроишемическая, у 11 (3,2 %) – нейропатическая форма ДС. У 278 (80,8 %) – развились гнойно-некротические осложнения: у 100 (29,1 %) – гангрена стопы, у 27 (7,8 %) – гангрена пальцев, у 35 (10,2 %) – флегмона стопы, у 30 (8,7 %) – остеомиелит стопы, у 5 (1,5 %) – абсцессы пальцев и тыла стопы, у 74 (21,5 %) – трофические язвы, у 7 (2,0 %) – гнойные раны стопы. У 66 (19,2 %) больных гнойно-некротические осложнения отсутствовали. В подавляющем большинстве наблюдений из гнойно-некротического очага высевался *St. aureus* (56,0 %), существенно реже – другая грамположительная и грамотрицательная флора. В 25,9 % обнаруживалась смешанная флора.

Всем больным проводили комплексное лечение, включающее устранение гипергликемии, как ведущего фактора патогенеза развития СДС, а также лечение нейропатии, ангиопатии и гнойно-некротических осложнений. Широко использовалось физиолечение.

Лечение гнойно-некротических осложнений СДС у 72 больных было консервативным, у 206 – хирургическое. В 1 фазе раневого процесса выполняли активную хирургическую обработку ран с использованием протеолитических ферментов, альгинатных и адсорбирующих повязок, выполнялась иммобилизация стопы лонгетом. Во 2 фазе применяли различные атравматические и гидрогелевые повязки. Ампутации нижних конечностей на разных уровнях выполнены 166 больным. «Высокие» ампутации (на уровне бедра и голени) выполнены у 99 при распространенных гангренах стопы (некроз большей части подошвенной кожи с утратой опорной функции) или ограниченных гангренах стопы на фоне критической ишемии конечности, которую было невозможно купировать медикаментозным или хирургическим способом. При окклюзиях бедренной артерии и нарушенном кровотоке сосудов голени выполняли ампутации на уровне бедра, при удовлетворительном кровотоке сосудов голени – ампутации на уровне верхней трети голени. Ампутации на уровне бедра выполнены у 77 больных, на уровне голени – у 22. «Малые» ампутации с сохранением опорной функции конечности выполнены у 67. Их проводили при ограниченной гангрене в пределах пальцев или дистальной части стопы, наличии удовлетворительного кровоснабжения или после выполнения реконструктивной операции на артериях конечности. Из них 50 больным выполняли ампута-

ции пальцев стопы, которые в обязательном порядке сочетали с резекцией дистального эпифиза плюсневой кости с максимально возможным иссечением сухожилий. Резекция стопы (продольное усечение стопы с сохранением ее опорной функции) выполнены у 13, ампутации (поперечное усечение стопы) – у 4. У 40 объем хирургического лечения ограничивали только вскрытием гнойного очага на стопе. При хирургической обработке раны иссекали нежизнеспособные ткани с максимально возможным удалением сухожилий и подошвенного апоневроза.

Летальные исходы имели место в 14 наблюдениях после выполнения ампутаций на уровне бедра. Общая послеоперационная летальность составила 6,8 %, при высоких ампутациях – 8,4 %, при ампутации бедра – 14,1 %. Основной причиной летальных исходов была декомпенсация хронической сердечно-сосудистой патологии у пожилых больных в раннем послеоперационном периоде после ампутации бедра. Средняя продолжительность лечения в стационаре составила 30 дней.

Выводы

Неудовлетворительные результаты лечения СДС (прежде всего выполнение высоких ампутаций) обусловлены обширным гнойно-некротическим процессом на стопе и неустранимой критической ишемией. Раннее проведение патогенетического лечения и внедрение в практику новых технологий по восстановлению регионарного кровотока является наиболее перспективным направлением лечения СДС и его осложнений.

АБДОМИНАЛЬНАЯ ФОРМА ТУБЕРКУЛЕЗА В УРГЕНТНОЙ ХИРУРГИИ

А.С. Матвеев, А.П. Фролов

Научный руководитель: канд. мед. наук, доц. А.П. Фролов
Иркутский государственный медицинский университет, г. Иркутск

С середины 80-х годов XX века во многих странах мира начался рост заболеваемости туберкулезом. Ухудшение эпидемической ситуации по этому заболеванию в значительной степени связано с нарастанием пандемии ВИЧ-инфекции. Она является мощным фактором риска прогрессирования туберкулезной инфекции и одной из причин смерти. Иркутская область занимает одно из первых мест в России по числу ВИЧ-инфицированных и является одной из неблагоприятных территорий по распространенности туберкулеза. В 2011 г. уровень распространенности туберкулеза в сочетании с ВИЧ-инфекцией в области составил 65,3 % на 100 тыс. населения, в Сибирском федеральном округе данный показатель равен 20,2, а в Российской Федерации – 11,4. Заболеваемость туберкулезом в сочетании с ВИЧ-инфекцией в области в 2011 г. составила 25,9, смертность – 19,6 на 100 тыс. населения.

Цель исследования: оценить особенности абдоминальной формы туберкулеза (АФТ) и результаты лечения у больных, которым оказывается urgentная хирургическая помощь.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ 94 наблюдений АФТ у больных, находившихся на лечении в клинике общей хирургии ИГМУ. Все больные были в возрасте 18-66 лет. Из них 2 больных были в возрасте до 20 лет, 35 – 20-29 лет, 40 – 30-39 лет, 12 – 40-49 лет, 4 – 50-59 лет и один больной – старше 60 лет.

Результаты. Подавляющее число анализируемых больных АФТ вели асоциальный образ жизни, а внутривенная наркомания имела место у 85 (79,9 %) больных. У 78 больных была ВИЧ-инфекция, из них у 57 – заболевание было в стадии СПИДа. ВИЧ-инфекция в 21 наблюдении сочеталась с гепатитом В, в 45 – гепатитом С, в 22 – кандидозом, в 3 – циррозом печени. У 55 больных установлен туберкулез легких, у 46 больных имела выраженная кахексия. При поступлении 83 больных с АФТ предъявляли жалобы на боли в животе, 28 – на тошноту и рвоту, 20 – наличие гипертермии. У 51 больного была гипотензия (сист. АД ≤ 100 мм рт. ст.), у 67 больных – тахикардия (ЧСС ≥ 90 в мин.).

Лабораторные исследования выявили наличие анемии у 57 больных, лейкоцитоза – у 32, тромбоцитопении – у 8, гипопроотеинемии у 75, билирубинемии – у 25 больных и азотемии – у 24 больных, снижение в плазме уровня калия и натрия.

Оперирован 74 (65,9 %) больной. Основным поводом к операции послужило наличие клинических признаков перфорации полого органа и перитонита. На операции в 43 наблюдениях был выявлен туберкулез желудочно-кишечного тракта, осложненный перфорацией. Перфорации локализовались в 23 наблюдениях в подвздошной кишке, в 6 – подвздошной и тощей кишках, в 5 – тощей кишке, в 5 – ободочной кишке, а 1 – в слепой кишке, в одном – червеобразном отростке и в одном случае – в желудке. В 23 случаях перфорация туберкулезной язвы сочеталась с туберкулезным мезаденитом тонкой кишки и в 11 – с туберкулезом забрюшинных лимфоузлов. В 9 наблюдениях был отмечен изолированный туберкулезный мезаденит (с абсцедированием или без него), в 7 – туберкулез селезенки (с абсцедированием в 2 случаях), в 3 – туберкулез печени, 2 случаях – туберкулез кишечника, осложненный кровотечением из области язв. В остальных 9 случаях был отмечен туберкулез брюшины. У 56 больных абдоминальный туберкулез осложнился развитием разлитого гнойного перитонита.

Основным методом оперативного лечения являлась лапаротомия. Выбор объема оперативного вмешательства зависел от результатов интраоперационной ревизии. В 24 наблюдениях возникла необходимость в этапных хирургических санациях брюшной полости, из них в 18 – выполнялась более одной программированной релапаротомии. Объем программированных вмешательств зависел от интраоперационной ситуации, наличия осложне-

ний в виде несостоятельности культей кишечника или анастомоза (8), вновь произошедших перфораций кишечника (11).

Умерло 56 (52,6 %) больных, из них 51 – имели ВИЧ-инфекцию. Основной причиной смерти у 42 больного был генерализованный туберкулез, у 14 больных – разлитой гнойный перитонит с полиорганной недостаточностью. Конкурирующими заболеваниями с генерализованным туберкулезом были: острый крупноочаговый инфаркт миокарда (1), острый деструктивный панкреатит (2), острая токсическая дистрофия печени (1), кровотечение из туберкулезной язвы (2).

Выводы

Наиболее часто АФТ отмечается у лиц, имеющих ВИЧ-инфекцию в стадии СПИДа в сочетании с вирусным гепатитом и кахексией. Необходимость в urgentной хирургической помощи наиболее часто возникает у больных с туберкулезом кишечника, осложненным перфорацией, реже – с туберкулезным мезаденитом. Неблагоприятным прогностическим фактором АФТ для жизни является наличие у больного перитонита в сочетании с туберкулезом легких и ВИЧ-инфекцией.

УНИВЕРСАЛЬНОЕ УСТРОЙСТВО ДЛЯ ЗАЩИТЫ ИММОБИЛИЗИРУЮЩИХ И ПЕРЕВЯЗОЧНЫХ СРЕДСТВ ОТ НЕГАТИВНОГО ВОЗДЕЙСТВИЯ ФАКТОРОВ ОКРУЖАЮЩЕЙ СРЕДЫ (ЗАГРЯЗНЕНИЯ, НАМОКАНИЯ)

Эшгин Мохуббат оглы Рзаев, М.Л. Пластинин

Научный руководитель: канд. мед. наук, доц. М.Л. Пластинин
Амурская государственная медицинская академия, г. Благовещенск

Универсальное устройство для защиты перевязочных и иммобилизирующих средств от негативного воздействия факторов окружающей среды (загрязнения, намокания) относится к области медицины, а именно: к вспомогательным приспособлениям, используемым в травматологии или при наложении повязок на раневые поверхности, в целях предупреждения загрязнения повязок или попадания на повязки влаги.

Разработка данного устройства обусловлена специфическими факторами качества гипсовой повязки.

При ношении гипсовой повязки у пациентов возникает дискомфорт вызванный, тем, что гипсовая повязка подвержена фактором окружающей среды, а именно намоканием, размягчением, потерей иммобилизирующих свойств, что в последующем ведет к замедлению репаративной способности мягких тканей и замедленной консолидации костной ткани.

Преимущества нового изделия перед альтернативными заключается в прочности и доступности стоимости материала, изменяющейся длинной и

комфортностью в применении, возможности реализации для широкого круга потребителя.

На территории России известно устройство для защиты повязки от воздействия влаги разработанное авторами: Мустафиным Артемом Сагитовичем (RU), Зуевым Евгением Олеговичем (RU), патент на полезную модель № 107938, Начало действия патента: 30 Марта, 2011. За рубежом аналогичное устройство разработано Дэвидом Рейнольдсом (David Reynolds) основатель фирмы SHOWERsleeve и CASTcover.

Вместе с тем, разработка нового устройства для защиты перевязочных и иммобилизирующих средств от негативного воздействия факторов окружающей среды (загрязнения, намокания), обладающего способностью изменять длину рукава, позволит добиться универсальности применения при различных локализациях травм и ран конечностей, а также упрощенная конструкция элемента крепления, которое будет полезно людям с ограниченными физическими возможностями (например, отсутствие конечности).

Коммерциализация настоящего проекта направлена на извлечение прибыли путем доступного широкого рынка потребителей (взрослые, дети) за счет низкой стоимости используемого материала и трудозатрат.

КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ УЗЛОВЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Е.А. Сычевская, В.Р. Корита

Научный руководитель: канд. мед. наук, доцент С.И. Михеткина

ДВГМУ, г. Хабаровск

Актуальность. Заболевания щитовидной железы (ЩЖ) являются наиболее распространенными заболеваниями эндокринной системы. Самой распространенной тиреоидной патологией у взрослых являются узловые образования. Высокая частота встречаемости этой патологии обусловлена тем, что практически вся территория России является зоной с мягко выраженным йодным дефицитом. В йоддефицитных регионах узлы в щитовидной железе физикально определяются у 7-20 % пациентов а у женщин старше 40 лет превышает 30 %, в регионах с нормальной йодной обеспеченностью у 4-7 % человек. Увеличивается заболеваемость узловым зобом к старости.

Цель исследования: провести ретроспективный анализ историй болезни пациентов с узловыми заболеваниями щитовидной железы за период с 1999 по 2013 год, находившихся на лечении в хирургическом отделении горбольницы № 3 и ККБ № 2 г. Хабаровска.

Материалы и методы: проведено лечение 354 больных с узловым зобом. Возраст пациентов варьировал от 21 до 86 лет. Наибольшее количест-

во пациентов с данным заболеванием отмечено в возрасте от 50 до 69 лет – 195 (55,1 %) человек. Из 354 пациентов женщины составили – 322 (90,96 %), мужчины – 32 (9,04 %). Длительность заболевания составила от 1 года до 7 лет.

Диагноз был поставлен на основании жалоб пациентов на увеличение щитовидной железы, наличие в ней пальпируемых узлов, данных ультразвукового исследования, гормонального исследования крови и цит оологического исследования узлов (ПТАБ).

Всем пациентам проводили общепринятое клиническое обследование.

Результаты исследования: Пальпаторно узловые образования в железе определялись у 298 (84,2 %) пациентов. Узлы были выявлены больными самостоятельно либо при медицинском обследовании.

Всем пациентам на догоспитальном этапе было выполнено ультразвуковое исследование щитовидной железы.

У 92 (26,1 %) больных был выявлен 1 узел, у 74 (21 %) 2 узла, у 35 (10 %) – 3 узла. Множественные узлы выявлены у 64 больных (18,1 %). Диффузный зоб обнаружен у 19 пациентов (5,5 %). Кистозный зоб имелся у 15 человек (4,24 %). Размеры узлов варьировали от 1 до 5 см в диаметре.

У большинства больных зоб носил смешанный характер – 132(37,1 %) человек, возникновение рецидива зоба у 67 (18,9 %) случаев. Большинство пациентов находились в эутиреоидном состоянии, у 11 (3,1 %) больных имелся тиреотоксикоз, компенсированный медикаментозной терапией.

Все больные были оперированы, из них 44 (12,3 %) оперированы под местной анестезией, остальные 310 (87,7 %) – под эндотрахеальным наркозом. Объем оперативного вмешательства определялся по характеру поражения железы, исходя из принципов онконастороженности.

При множественном поражении ЩЖ выполнялась субтотальная резекция или тиреоидэктомия. При тиреотоксикозе также выполнялась тиреоидэктомия либо супрасубтотальная резекция ткани щитовидной железы. В остальных случаях была произведена резекция железы. При гистологическом исследовании материала выявлена микро-макрофолликулярная коллоидная струма, микро-макрофолликулярная коллоидная аденома, коллоидный зоб с базедовификацией, зоб Хашимото, тиреоидит, киста, зоб Риделя, токсический зоб и токсическая аденома.

Злокачественные новообразования диагностированы в 19 случаях (6,16 %).

В раннем послеоперационном периоде зафиксировано 9 осложнений. В двух случаях (0,6 %) – кровотечение, в остальных – парез голосовых связок. Из отдаленных осложнений наиболее частым явился гипотиреоз, потребовавший заместительной терапии.

Выводы

1. Диагностический стандарт узловых образований ЩЖ в стационарном и дооперационном периодах включает пальпацию щитовидной же-

лезы, ПТАБ, УЗИ, а в послеоперационном периоде в 100 % случаев гистологическое исследование удалённой ткани ЩЖ.

2. Оперативные вмешательства выполняются в объеме тиреоидэктомии, гемитиреоидэктомии и различных вариантов резекций щитовидной железы.

3. Наиболее частой гистологической формой является микромакрофолликулярная коллоидная струма.

4. Наиболее частыми ранними послеоперационными осложнениями являются повреждения веточек возвратных нервов, а поздними – гипотиреоидные состояния.

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЯ ПО ПРИБРАМУ КАК АЛЬТЕРНАТИВА КОНВЕРСИИ ДОСТУПА ПРИ ОСТРОМ ХОЛЕЦИСТИТЕ

Е.Н. Черненко, А.Н. Паненков

Научный руководитель: А.Н. Паненков

ДВГМУ, г. Хабаровск

Актуальность. В последние годы лапароскопическая холецистэктомия (ЛХЭ) по поводу острого калькулёзного холецистита является одним из самых частых оперативных вмешательств в общехирургических отделениях (Котив Б.Н., 2009; Феденко Г.Ю., 2010). Примерно у 3 % пациентов обнаруживаются осложнения заболевания в виде инфильтрата, свищей или нежелательных сопутствующих заболеваний (гепатит, цирроз). Эти факторы часто являются показанием для перехода от лапароскопии к традиционному доступу, что повышает травматичность вмешательства и процент послеоперационных осложнений. Одним из путей, позволяющих избежать перехода на лапаротомию является лапароскопическая холецистэктомия по Прибраму (в литературе также упоминается как субтотальная холецистэктомия), заключающаяся в оставлении части стенки желчного пузыря, которую технически сложно мобилизовать, и коагуляции её слизистой оболочки.

Материалы и методы. Сплошное ретроспективное исследование выполнено на базе хирургических отделений ГКБУЗ «ГКБ № 11». В исследование было включено 3 219 пациентов, перенесших ЛХЭ и «открытые» холецистэктомии с января 1 996 по декабрь 2013 года. Все пациенты были разделены на две группы: в контрольную группу вошло 706 случаев, в которых операцией выбора являлась «открытая» ХЭ (ЛХЭ выполнялась по стандартной методике, при выявлении технических сложностей выполнялся переход на лапаротомию); в основную группу вошло 2 513 пациентов, у которых при невозможности проведения ЛХЭ выполнялось вмешательство

по Прибраму как альтернатива открытому доступу. Для сравнения были выделены несколько критериев:

- частота массивных кровотечений;
- частота повреждения холедоха;
- послеоперационная летальность.

Результаты. ЛХЭ по Прибраму была выполнена у 71 пациентов на 2050 ЛХЭ. Частота перехода на лапаротомию в контрольной группе составила 13,8 %, в основной – 1,3 % ($p<0,003$). Повреждение холедоха имело место в 0,6% случаев в контрольной группе и в 0,3 % ($p<0,05$) – в основной. Массивное кровотечение развилось у 1,4 % в контрольной группе и у 0,36 % ($p<0,3$) основной.

Выводы. Показания к ЛХЭ по Прибраму возникают приблизительно у 3 % пациентов с острым холециститом, осложненным плотным воспалительным инфильтратом, холецистохоледохеальными и холецистодуоденальными свищами, хроническим гепатитом на фоне цирроза печени. Применение данного оперативного вмешательства позволяет статистически значимо снизить число интра- и послеоперационных осложнений. Внедрение ЛХЭ по Прибраму привело к снижению летальности во всей группе больных, перенесших операцию «открытым» и лапароскопическим способом, с 3,4 % в контрольной группе до 1,7 % – в основной ($p<0,3$). Противопоказаниями к выполнению данного вмешательства являются гангренозные изменения оставляемой части пузыря, невозможность проведения эндоскопической папиллосфинктеротомии.



Секция педиатрии

ПОРАЖЕНИЕ ПОЧЕК ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ 1-ГО ТИПА: ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКИ, ВОЗМОЖНОСТИ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ

К.А. Бруйло, Т.Ю. Соломенко, Е.А. Ульянова

Научный руководитель: Е.А. Ульянова

ДВГМУ;

*КГБУЗ «Детская краевая клиническая больница им. А.К. Пиотровича»
г. Хабаровск*

Сахарный диабет (СД) занимает третье место среди причин высокой инвалидизации и смертности больных после сердечно-сосудистых и онкологических заболеваний. Заболеваемость СД имеет медико-социальную и экономическую значимость. Большие затраты связаны с лечением микро-сосудистых осложнений СД. Диабетическая нефропатия (ДН) – частое, тяжелое и прогностически неблагоприятное осложнение СД. В развитых странах мира наблюдается неуклонный рост больных с ДН. Постоянный технический прогресс в области лечения сахарного диабета приводит к появлению новых возможностей в терапии этого сложного заболевания.

Нами было проведено исследование методом ретроспективного анализа 43 историй болезней детей соматического отделения ДККБ им. Пиотровича, больных сахарным диабетом 1-го типа за период с 1 января 2013 года по 31 октября 2013 года. Были определены 2 группы: 1-я группа – дети с сахарным диабетом 1-го типа, осложненным диабетической нефропатией, (n=16); 2-я группа – дети с сахарным диабетом 1-го типа, без осложнений (n=27). Были оценены особенности клинической картины сахарного диабета 1 типа особенности лабораторных и инструментальных обследований, эффективность проводимой терапии для компенсации почечных дисфункций

В исследовании участвовали 17 девочек (39,53 %), 26 мальчиков (60,47 %). В 1 группе – 8 девочек (18,6 %) и 7 мальчиков (16,3 %), во 2-ю группу – 9 девочек (20,9 %) и 19 мальчиков (44,2 %), из чего следует, что риск возникновения диабетической нефропатии у девочек выше. Средний

возраст в 1-й группе составил $13,69 \pm 1,35$ лет, во 2-й группе $10,59 \pm 2,5$ лет, что свидетельствует о манифестации диабетической нефропатии в более позднем возрасте. При изучении показателей физического развития было выявлено следующее: средние показатели роста в 1-й группе – $155,16 \pm 8,01$ см, массы – $49,59 \pm 11,7$ кг, во 2-й группе – $141,98 \pm 16,12$ см, массы – $38,96 \pm 11,3$ кг. Таким образом, по уровню физического развития группы были практически однородными. При этом индекс массы тела в 1-й группе составил $20,42 \pm 3,58$, во 2-й группе – $18,59 \pm 2,54$, отражая склонность к избыточной массе тела детей, страдающих сахарным диабетом 1-й типа, осложненным диабетической нефропатией.

При изучении клинических проявлений сахарного диабета 1-го типа в двух группах были получены следующие результаты. Болевой синдром в 1-й группе был выявлен у 25 % детей, при этом у 12,5 % боли носили абдоминальный характер, у 6,25 % наблюдались головные боли, у 6,25 % отмечались артралгии; во 2-й группе болевой компонент присутствовал у 25,9 % исследуемых: у 14,8 % – цефалгии, у 7,4 % – артралгии, в 11,1 % случаев наблюдались абдоминальные боли, что говорит о неспецифичности клинических проявлений диабетической нефропатии. Отечный синдром наблюдался у 6,25 % из 1-й группы, во второй группе отечный синдром не был выявлен. Астеновегетативный синдром сопровождал сахарный диабет в 1 группе у 87,5 % исследуемых, в то время как во 2-й группе показатель составил 40,7 %, что позволяет предположить, что диабетическая нефропатия осложняет течение основного заболевания с вовлечением в процесс вегетативной нервной системы.

Показатели систолического и диастолического артериального давления в 1 группе – были выше 95 перцентиля, составляя в среднем $129,60 \pm 14$ на $80,4 \pm 9,09$ мм рт. ст. во 2-й группе показатели САД и ДАД находились в пределах между 75 и 90 центилями. Полученные данные подтверждают тенденцию к артериальной гипертензии в группе детей с осложненным течением заболевания, что подтверждает сосудистый генез артериальной гипертензии.

Изучив структуру осложнений сахарного диабета получили следующие данные: у 88,37 % детей отмечались гипертрофические липодистрофии, у 81,4 % – дисфункция билиарного тракта, вторичная кардиомиопатия встречалась в 79,1 % случаев, синдром вегетососудистой дистонии был выявлен у 76,74 %, РЭП – у 55,81 %, диффузный нетоксический зоб – у 25,58 % исследуемых, в 20,93 % случаев наблюдалась дислипидемия, цереброастенический синдром у 18,55 % исследуемых. Диабетическая нефропатия составила 37,21 %, занимая 4-е место среди всех встретившихся осложнений сахарного диабета 1-го типа. Стаж диабета в группе с диабетической нефропатией был $7,69 \pm 2,01$ лет, во 2-й группе – $6,00 \pm 2,4$ лет, что говорит о развитии диабетической нефропатии через 7-8 лет от начала заболевания СД 1-го типа.

Также мы сравнили лабораторные показатели в обеих группах. В общем анализе крови у исследуемых 1-й группы уровень гемоглобина $146,81 \pm 8,6$ г/л, эритроцитов $4,59 \pm 0,38 \cdot 10^{12}$ /л, лейкоцитов $11,21 \pm 4,82 \cdot 10^9$ /л, СОЭ $10,19 \pm 4,36$ мм/ч, во 2-й группе соответственно: $135,44 \pm 11,75$ г/л, $4,26 \pm 0,52 \cdot 10^{12}$ /л, $7,23 \pm 2,19 \cdot 10^9$ /л $7,11 \pm 3,25$ мм/ч, что указывает на частую подверженность пациентов, страдающих осложненным сахарным диабетом к присоединению микробно - воспалительных процессов. По биохимическим показателям крови: билирубина, креатинина, амилазы, щелочной фосфатазы различий в двух группах выявлено не было. При анализе липидного профиля были выявлены патологические изменения в виде гиперхолестеринемии ($5,99 \pm 1,04$ ммоль/л), гипертриглицеридемии ($2,21 \pm 1,0$ ммоль/л), увеличения липопротеинов низкой плотности ($4,47 \pm 0,96$ ммоль/л), увеличения индекса атерогенности до $4,31 \pm 1,27$ ЕД, в группе детей с осложненным течением сахарного диабета. Во 2-й группе показатели липидного профиля оставались в пределах нормальных значений, что указывает на склонность к метаболическим нарушениям, атеросклерозу, у пациентов с диабетической нефропатией. Показатель гликозилированного гемоглобина в 1-й группе был $10,19 \pm 1,58$, во 2-й группе – $8,98 \pm 1,54$. Изучив показатели гликемического профиля получили данные: уровень гликемии натощак в 1-й группе колебался в пределах от $7,43 \pm 1,74$ до $14,73 \pm 3,4$ ммоль/л, во 2-й группе от $5,64 \pm 1,18$ до $12,40 \pm 4,52$ ммоль/л, что говорит декомпенсации заболевания у детей с осложненным течением сахарного диабета.

В общем анализе мочи в 1-й группе отмечались более низкие показатели рН мочи $5,57 \pm 0,48$, относительной плотности мочи $1018,8 \pm 6,5$, в сравнении со 2-й группой $5,92 \pm 0,77$ и $1023,88 \pm 7,16$ соответственно; более высокие показатели протеинурии в 1-й группе – $0,37 \pm 0,12$ и $0,05 \pm 0,03$ – во 2-й группе.

При оценке пробы Реберга отмечались более низкие показатели числа реабсорбции $129 \pm 63,4$ %, концентрационного индекса $162,24 \pm 72,23$, клубочковой фильтрации $123,04 \pm 69,16$ мл/мин. в 1-й группе, по сравнению со 2-й группой, где показатели составили: $169,28 \pm 60,18$ %, $184,47 \pm 72,83$, $163,68 \pm 60,76$ мл/мин. соответственно, что подтверждает патогенетические механизмы развития диабетической нефропатии у детей с сахарным диабетом. Показатель микроальбуминурии в 1-й группе составил $36,39 \pm 38,91$ мг/мл, в то время как во 2-й группе – $6,58 \pm 2,46$ мг/мл. Показатели суточной протеинурии были $0,21 \pm 0,27$ мг/л и $0,03 \pm 0,003$ мг/л, суточной глюкозурии $4,85 \pm 2,24$ мг/л и $4,14 \pm 2,53$ мг/л в двух исследуемых группах соответственно. Средний показатель диастазы мочи находился в пределах нормальных значений и составлял $146,25 \pm 97,25$ и/е, $152,92 \pm 59,26$ и/е в двух исследуемых группах. Полученные данные подтверждают более низкую концентрационную функцию почек и большую проницаемость по-

чечных мембран у детей с сахарным диабетом, осложненным диабетической нефропатией.

По данным УЗИ поджелудочной железы зернистость паренхимы встречалась чаще в 1-й группе, чем во 2-й, составив соответственно 70 % и 45,45 %. По УЗИ почек патологические изменения встречались в 42,86 % случаев в 1-й группе, включая диффузные изменения паренхимы почек в 21,43 % случаев, пиелозктазию, уплотнение почечного синуса в 7,14 % случаев. Во 2-й группе в 11,54 % случаев была обнаружена ретенция почек, в 3,85 % случаев: пиелозктазия, диффузные изменения паренхимы почек, расщепление синуса. Нормальная картина УЗИ почек в 1-й группе пациентов составила 57,14 %, во 2-й группе – 80,77 %, что свидетельствует об отсутствии специфических изменений ультразвуковой картины на ранних стадиях почечной ангиопатии. По данным реовазографии показатель снижения кровотока выше был во 2-й группе 88,89 %, в сравнении с 1-й группой – 75 %, показатель увеличения кровотока преобладал в 1-й группе 12,5 %, во 2-й группе – 0 %.

Всем пациентам проводилась заместительная инсулинотерапия в базисно болюсном режиме. 76,74 % пациентов получали комбинацию ультракороткого инсулина с пролонгированным. Из ультракоротких инсулинов преимущественно использовались новорапид (58,14 %) и хумалог (18,6 %) из пролонгированных – левемир (41,86 %) и лантус (9,3 %). Терапия инсулиновой помпой применялась в 25,58 % случаев. С целью ренопротекции в 4,65 % случаев назначались ингибиторы АПФ (энап), в 2,33 % случаев пентоксифиллин.

Выводы: для профилактики развития осложнений диабета, в том числе и нефропатии, необходимо неукоснительное соблюдение диеты, режима дня, приверженность назначенной терапии, регулярный контроль уровня сахара крови. Для ранней диагностики осложнений сахарного диабета целесообразно использовать инструментальные и лабораторные методы исследования такие как проба Реберга, выявление микроальбуминурии, реовазография. Необходимо выделить группу риска детей по раннему формированию осложнений, куда должны войти дети со стажем заболевания более 5 лет, склонные к ожирению, с нарушением липидного спектра. Применение патогенетической терапии, ренопротекторов, микроциркулянтов должно начинаться этим детям должно начинаться еще до развития сосудистых осложнений СД. Использование заместительной инсулинотерапии в виде инсулинового дозатора последних поколений (инсулиновая помпа) позволяет добиться более стойкой компенсации заболевания. Ранняя диагностика, а значит своевременное лечение СД, поможет улучшить качество жизни таких пациентов.

ДИАГНОСТИКА И ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ПРИЧИН ДЛИТЕЛЬНОГО КАШЛЯ У ДЕТЕЙ

Э.Ф. Гибадуллина, Н.В. Морозова

Научный руководитель: канд. мед. наук, доц. Н.В. Морозова

ДВГМУ, г. Хабаровск

В педиатрической практике кашель – одна из наиболее частых причин обращений к педиатру, аллергологу, пульмонологу и другим специалистам (Зубкова И.В. и соавторы, 2008, Симонова О.И., 2012, Овчаренко С.И., 2012, Синопальников А.И. и соавт., 2012).

В последние годы отмечается рост числа детей с длительным кашлем. Так, по данным Л.Л. Нисевич и соавторов (2008) 50-70 % детей до 1 года и 30-60 % детей старшего возраста обращаются к педиатру и различным специалистам по поводу кашля. Длительный кашель может сопровождаться осложнениями в виде утомления, недомогания, нарушения сна, осиплости голоса, снижение аппетита, головной боли, потливости, что снижает качество жизни пациентов (Синопальников А.И. и соавторы, 2013).

Детальное обследование и дифференциальный подход к диагностике кашля являются определяющими при выборе методов лечения, позволяют добиться положительного эффекта в максимально короткие сроки и избежать необоснованного назначения лекарственных препаратов (Исаева В.С. и соавт., 2011).

Цель научной работы: разработка методов оптимальной диагностики причин синдрома длительного кашля у детей.

Материалы и методы. Проведен анализ клинико-анамнестических, лабораторных и инструментальных данных 47 детей в возрасте от 6 месяцев до 18 лет, поступивших в клинику НИИ ОМиД с жалобами на длительный кашель. Помимо общеклинического минимума схема обследования включала: ПЦР мокроты на атипичные возбудители, цитологическое исследование мокроты, определение общего иммуноглобулина Е в сыворотке крови, фиброгастродуоденоскопия, ЭКГ, УЗИ сердца, реоэнцефалография, кардиоинтервалография, ЭХО-энцефалоскопия, рентгенография органов грудной клетки и придаточных пазух носа. Осуществлялись консультации ЛОР-врача, невролога.

Полученные результаты и их обсуждение. В результате проведенного анализа установлено, что различий по полу не отмечалось. Среди детей преобладали дети в возрасте от 4-7 лет. На амбулаторном этапе в подавляющем большинстве случаев установлен диагноз ОРВИ, бронхит, в 20 % случаев – бронхиальная астма. 25 % детей получали антибиотикотерапию, 30 % – муколитическую терапию, в 10 % – противокашлевые средства, реже бронхолитики и ингаляционные глюкокортикоиды – 5 % случаев. Длительность кашля при поступлении в клинику составила от 2 недель до 6 месяцев и более. Наибольший удельный вес составила длительность кашля

от 1 месяца до 2 месяцев (44,6 %). По характеристике преимущественно был влажным, не эффективным (64 %), реже отмечался сухой кашель (36 %). Постоянный кашель в течении суток отмечался в 59,5 % случаев. 76,6 % случаев детей поступили в клинику в удовлетворительном, 23,4 % в среднетяжелом состоянии. В 55 % случаев были выражены симптомы интоксикации. Кашель сопровождался синдромом бронхиальной обструкции в 32 % случаев. У всех больных отмечались физикальные изменения в легких преимущественно в виде жесткого дыхания, диффузных и сухих хрипов. Свистящие хрипы были редкими. В гемограмме отмечались лейкоцитоз до $10-15 \cdot 10^9/\text{л}$ и выше $15 \cdot 10^9/\text{л}$ (по 6,4 %), повышение СОЭ (40 %), эозинофилия (27,6 %). Цитология мокроты свидетельствовала в пользу бактериального процесса в 80 % случаев от числа обследованных больных. У половины больных была выявлена ЛОР-патология (синусит, аденоидит), в 25,5 % случаев рефлюкс-эзофагит. У 1/2 детей определялась ФВД, которое было нарушено по обструктивному типу (17,8 %), по рестриктивному типу (28,5 %). Общий иммуноглобулин Е повышен у 60 % детей. Рентгенологические изменения со стороны органов дыхания представлена преимущественно усилением легочного рисунка, корней легких (76,6 %). Наличие очаговых инфильтративных изменений отмечалось у 7 детей (14,9 %). В результате ПЦР-диагностики мокроты выявлены 8,5 % случаев – микоплазмоз, 2,1 % – хламидофилез. Нозологическая структура причин кашля представлена следующим образом. Наибольший удельный вес занимают болезни органов дыхания – 30 случаев, что составило 64 %. Патология ЛОР-органов (синусит, аденоидит) в 15 случаев (32 %). Патология органов пищеварения (ГЭРБ) диагностирована у 12 больных (25,5 %): в качестве основного диагноза – 4,2 %, сопутствующего – 21,3 %. Сочетанные причины кашля у детей отмечались у 1/3 больных (32 %). Таким образом, наиболее частой причиной хронического кашля у детей являются заболевания органов верхних и нижних дыхательных путей (ЛОР-патологии, бронхиты, в том числе вызванные атипичными возбудителями, субклинически протекающие пневмонии), что согласуется с данными других исследователей (Радциг Е.Ю. и соавт, 2008; Исаева В.С. и соавт, 2011; Петрова С.И., 2009; Самсыгина Г.А., 2013; Симонова О.И., 2012; Зайцева О.В., 2007). В отличие от литературных данных (Казачков М., 2013) обращает на себя внимание большой удельный вес ГЭРБ среди причин кашля у детей, что, по-видимому, обусловлено исследованием помимо эндоскопической диагностики, морфологическое исследование биоптата слизистой н/з пищевода. На основании литературных данных и результатов собственных исследований разработан дифференциально-диагностический алгоритм хронического кашля у детей.

Выводы

1. Болезни верхних и нижних дыхательных путей являются самыми частыми, но не единственной причиной хронического кашля у детей.

2. Значительный удельный вес составляет гастроэзофагальнорефлюксная болезнь.

3. Дети с длительностью кашля более 3 недель подлежат углубленному обследованию для проведения дифференциальной диагностики.

ВРОЖДЕННЫЕ ПОРОКИ СЕРДЦА У ДЕТЕЙ. ФАКТОРЫ РИСКА. ПЕРИНАТАЛЬНО-ЗНАЧИМЫЕ ВИРУСЫ В ЭТИОЛОГИИ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ

В.В. Гуцал

Научный руководитель: д-р мед. наук, член-корр. РАМН, проф.,
В.К. Козлов

ДВГМУ, г. Хабаровск

В нашем исследовании приведены результаты обработки 18 историй болезни больных с врожденным пороком сердца. Отмечено, что в развитии врожденного порока сердца играет роль группа факторов риска. Условно эти факторы можно разделить на генетическую предрасположенность, воздействие в 1 триместре, возраст матери, хронические болезни матери и отягощенный акушерско-гинекологический анамнез.

Цель: изучение факторов риска развития врожденных пороков сердца.

Задачи

1. Анализ литературы отечественных и зарубежных исследователей по предложенной теме;

2. Выборка историй болезни по предложенной теме за период 2010–2012 гг.;

3. Обработка и интерпретация полученных результатов исследования.

Объектом исследования являются истории болезни пациентов Хабаровского филиала Дальневосточного научного центра физиологии и патологии дыхания СО РАМН НИИ охраны материнства и детства за период 2010–2012 гг.

Предметом исследования являются факторы риска врожденных пороков сердца.

Среди исследуемых лиц было 8 девочек (44 %) и 10 мальчиков (56 %), которые находились на стационарном лечении в клинике НИИ охраны материнства и детства с диагнозом: врожденный порок сердца за период 2010–2012 гг. в возрасте от 28 дней до 17 лет, средний возраст пациентов составил 6 лет.

Проанализировав данные исследования можно сделать вывод о том, что врожденные пороки сердца чаще возникают у лиц мужского пола. Это может быть связано со своей очередь с тем, что врожденный порок сердца чаще развивается у мужчин.

Наиболее частыми факторами риска в развитии врожденных пороков сердца стали факторы воздействия в 1-м триместре беременности (угроза прерывания, острые инфекционные заболевания, вредные привычки, применение лекарственных средств), что составило 29 %; также важным фактором является отягощенный акушерско-гинекологический анамнез (аборт, выкидыш, метророждение), что составило 25 %. Среди других факторов хронические болезни матери (гормональные и обменные нарушения, гипертоническая болезнь, хронические инфекции передающиеся половым путем и другие болезни) – 22 %. При обследовании 3 143 беременных женщин в возрасте от 16 до 40 лет на ИППП методом ПЦР (хламидии, уреаплазма, микоплазма, кандидоз и др.), наиболее часто выявлены *Candida albicans* от 17 до 40 % и *Ureaplasma* от 52 до 62 %, что приводит к осложнению беременности, и как результат, ВПР; неклассифицируемые факторы (анемия, маловодие, профессиональные вредности и другие), составили 19 %. Возраст матери занимает последнее место и составляет 5 %. По данным Наговициной Е. Б. (2006 г.) внутриутробная вирусная инфекция в этиологии ВПС и других кардиопатий у новорожденных детей выявлена у большинства с врожденными пороками (88,3 %) и аномалиями развития сердца (77,4 %). При анализе причин фетофетальных потерь в динамике наблюдения установлено двукратное увеличение частоты ВПР от 14,6 в 1993 г. до 29,0 % в 2006 г. и преобладание инфекционной природы врожденных пороков и аномалий развития.

Выводы

1. Врожденные пороки сердца – это возникшие внутриутробно (до рождения ребенка) анатомические дефекты сердца, его клапанного аппарата или его сосудов. Эти дефекты могут встречаться изолированно или в сочетании друг с другом.

2. Факторы риска развития врожденных пороков сердца условно можно разделить на 5 больших групп (воздействие в 1-м триместре; ОАГА; хронические болезни матери; возраст матери и другие факторы)

3. Таким образом, из совокупности медико-биологических, социально-гигиенических и внешне средовых факторов можно выделить наиболее важные факторы риска, играющие ведущую роль в возникновении врожденных пороков сердца: наличие в анамнезе матери инфекций и хронических очагов инфекции, медицинских абортов, 4 и более беременностей, обострений хронических заболеваний во время беременности, анемии во время беременности, а также курение матери.

4. Основными направлениями профилактики рождения детей с врожденными пороками сердца являются устранение управляемых факторов риска формирования этого порока, которая включает выявление и санацию хронических очагов инфекции, отказ от курения. Беременные с риском ВПС плода нуждаются в пристальном внимании и проведении скрининга –

эхокардиографии плода, консультации и наблюдении детского кардиолога с интранатального периода.

СЛУЧАЙ ТЕЧЕНИЯ КОКСАКИ В-ИНФЕКЦИИ У РЕБЕНКА 3-Х ЛЕТ

И.В. ДЕРЕБЕРА, Н.Ю. МИРОПОЛЬСКАЯ, О.Н. СОЛОДОВНИКОВА

Научный руководитель: канд. мед. наук О.Н. Солодовникова

ДВГМУ, г. Хабаровск

По данным ВОЗ, энтеровирусные инфекции (ЭВИ) являются регулярно регистрируемой в мире патологией. В зависимости от возбудителя ЭВИ имеют вполне определенную долю в структуре общей инфекционной заболеваемости, составляющую около 4 % от общего числа зарегистрированных вирусных заболеваний. Сезонная динамика заболеваемости летне-осенняя, с максимальным подъемом в июле-августе. Основная заболеваемость приходится на детский возраст, наиболее поражаемая группа – дети 3-6 лет.

По данным Центра Роспотребнадзора, заболеваемость ЭВИ по Хабаровскому краю в 2013 году составила 104,4 на 100 тысяч населения, серозным вирусным менингитом (СВМ) – 156,4 на 100 тысяч населения. В г. Хабаровске этот показатель оказался несколько ниже и составил 22,57 и 31,59 на 100 тысяч населения соответственно.

Наиболее распространенными формами ЭВИ в Хабаровском крае являются неврологические формы. Высокая тропность энтеровирусов к нервной системе проявляется многообразием клинических форм поражения ЦНС, в виде поражения мозговых оболочек (серозных менингитов), вещества головного мозга (энцефалитов), спинного мозга (миелитов).

Многие специалисты считают, что в настоящее время на фоне ликвидации в мире «дикого» штамма полиомиелита (который также относится к энтеровирусам) неполиомиелитные энтеровирусы могут стать основным этиологическим фактором развития острых вялых параличей.

В качестве примера тяжелой формы энтеровирусной инфекции с поражением ЦНС приводим выписку из истории болезни ребенка 3-х лет, госпитализированного в детскую инфекционную клиническую больницу на 9-й день болезни, с жалобами на лихорадку до 38 °С, головную боль, боли в правой руке.

Накануне данного заболевания ребенок переносил острую респираторную вирусную инфекцию, которая проявлялась повышением температуры тела до 38 °С, кашлем, насморком. Лечился амбулаторно, получал сумамед и симптоматическую терапию, отмечалась положительная динамика клинических симптомов. На 7-й день болезни вновь отмечался подъем температуры тела до 38 °С, а на 8-й день у ребенка появились боли в

правой руке. На 9-й день болезни обращено внимание на отсутствие движений в правой руке и появление болей в левой руке на фоне сохраняющейся лихорадки.

При поступлении ребенка в стационар состояние расценено как среднетяжелое за счет проявлений симптомов интоксикации и неврологической симптоматики. Сознание сохранено. Очаговой симптоматики нет. Менингеальные симптомы положительные (ригидность мышц затылка на 2 см, верхний симптом Брудзинского). В правой руке полное отсутствие движений, в левой руке движения сохранялись до уровня локтевого сустава, ограничение движений в левом плечевом суставе. Чувствительность сохранялась в обеих руках. Глазные щели $d=s$, фотореакции сохранены. Катарального синдрома нет. По органам патологических изменений не выявлено.

В общем анализе крови (на 9-й день болезни): гемоглобин – 143 г/л, эритроциты – $4,8 \times 10^{12}$ /л, ЦП – 0,9 ед., лейкоциты – $14,6 \times 10^9$ /л, (п/я – 1 %, с/я – 73 %, лимф. – 21 %, мон. – 5 %), СОЭ – 10 мм/час.

В анализе ЦСЖ: цитоз 209 клеток (97 – лимфоцитов, 112 – нейтрофилов), белок – 0,39 г/л. В динамике: на 13-й день болезни отмечается уменьшение плеоцитоза до 37 клеток, лимфоцитарного характера. Полная санация ЦСЖ отмечена на 19-й день болезни.

При посеве ликвора роста патогенных микробов не наблюдалось. При исследовании кала методом ПЦР обнаружена РНК энтеровируса, а на культуре ткани выделен вирус Коксаки В4.

При проведении СКТ головного мозга и шейного отдела позвоночника патологии не выявлено. Ультразвуковое исследование костей – без патологии.

Был установлен диагноз: Коксаки В-инфекция, менингомиелит с развитием вялого правостороннего парапареза и левостороннего монопареза.

Таким образом, приведенный пример характеризует возможность тяжелого поражения ЦНС, вызванного энтеровирусами, в частности, Коксаки В4.

ПОРТРЕТ БОЛЬНОГО ПИЕЛОНЕФРИТОМ

А.А. Казакова, О.В. Агафонова

Научный руководитель: канд. мед. наук, доц. Н.В. Чернышева

ДВГМУ, г. Хабаровск

Пиелонефрит занимает одно из ведущих мест в структуре нефропатий у детей. По данным МЗ РФ общая нефрологическая заболеваемость детей с 2000 по 2011 гг. увеличилась в 1,3 раза, количество впервые признанных инвалидами детей по патологии МВС в 1,3 раза, что связано с экологическими процессами (распространенность дисметаболических расстройств,

аллергизация населения, нерациональное питание, дисбактериоз и т. п.) и с улучшением диагностики в связи с использованием современных методов исследования.

Целью нашего исследования был анализ историй болезни детей и подростков Хабаровского края и ЕАО с пиелонефритом (по данным нефрологического отделения КГБУЗ «ДККБ» за 2013 год, $n=63$), оценка особенностей течения, обследования и лечения детей с острым пиелонефритом.

Среди госпитализированных в стационар детей с пиелонефритом преобладали девочки (66 %). С большей частотой (38 %) пиелонефрит дебютировал у детей грудного возраста.

У большинства детей с пиелонефритом имела место сопутствующая патология как со стороны мочевыделительной системы (пузырно-мочеточниковый рефлюкс, врожденные аномалии и пороки развития) – в 73 % случаев, так и других систем (перинатальная патология центральной нервной системы (25 %), сердечно-сосудистой (22 %) и пищеварительной (20 %) систем). Отягощенный аллергологический анамнез имели 57 % исследуемых детей, генеалогический анамнез по заболеваниям МВС 33 %.

Среди обследованных первичная форма пиелонефрита встречалась в 57 % случаев, вторичная – в 43 % случаев. При этом парциальные нарушения функции почек отмечались у 24 % детей. При вторичном пиелонефрите нарушение функций встречалось чаще в 4 раза. Рецидивы наблюдались при вторичных пиелонефритах в 27 % случаев.

Основными жалобами при обращении в стационар были лихорадка (79 %), изменения в общем анализе мочи (32 %), нарушение мочеиспускания (24 %) и боли в животе (19 %).

Основными лабораторно-инструментальными изменениями при обследовании детей являлись изменения воспалительного характера в клиническом анализе крови (лейкоцитоз более 9×10^9 – у 52 % детей, нейтрофилия у 41 %, увеличение СОЭ у 73 %, анемия у 54 % респондентов. В общем анализе мочи лейкоцитурия отмечалась у 98 % детей, эритроцитурия у 31 %, кристаллурия у 25 %, протеинурия у 20 %. Изменения в почках по УЗИ у 92% госпитализированных

В качестве этиотропного лечения антибактериальная терапия была назначена в 95 % случаев (цефалоспорины 3-го поколения – 80 %, пенициллины – 17 %, макролиды – 3 %. Фитотерапия (преимущественно канефрон) применялась в 48 %, уросептики (преимущественно фурагин, реже фурамаг) в 33 %, микроциркулянты (курантил) в 25 %. Инфузионную терапию по тяжести состояния получали 32 %. Физиотерапевтическое лечение проведено 17 % госпитализированных детей.

Таким образом, полноценное, своевременное и качественное проведение диагностики, лечения и диспансерного наблюдения детей с патологией МВС необходимо проводить с учетом фоновой и сопутствующей патоло-

гии. Своевременное выявление факторов риска и предупреждение их реализации способствует снижению развития инфекционно-воспалительных заболеваний и хронизации процесса со стороны органов МВС.

АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ УЛЬТРАЗВУКОВОГО СКРИНИНГА У ДЕТЕЙ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА

Я.В. Ковалева, Д.Д. Абдрахманова, О.И. Мышинская

Научный руководитель: канд. мед. наук. О.И. Мышинская

Уральский государственный медицинский университет, г. Екатеринбург

Актуальность. Проблема своевременной диагностики заболеваний и отклонений в состоянии здоровья детей, связанных с врожденными пороками развития (ВПР) является одной из актуальных задач современной медицины в связи с увеличением их удельного веса среди причин перинатальной смертности, детской заболеваемости и инвалидности (Иванова И.Е. с соавт., 2011). В России ежегодно с ВПР рождаются более 50 000 детей. Несмотря на доказанную высокую информативность УЗИ в выявлении патологии, единого мнения относительно проведения рутинного скрининга всем новорожденным не существует. В ряде развитых стран считают обязательным проведение УЗ-исследования только у младенцев группы риска. С 2007 года в России внедрен массовый обязательный УЗИ-скрининг детям первого года жизни.

Цель исследования – дать оценку результатам ультразвукового обследования детей первого года жизни.

Материалы и методы исследования. Был проведен анализ медико-статистических данных по проводимому УЗИ-скринингу детей первого года жизни на базе МБУ ГДБ № 16 г. Екатеринбурга. Методом сплошного одномоментного отбора сформирована группа из 314 детей, из них 152 девочки (48,4 %) и 162 мальчика (51,6 %). Средний возраст обследованных составил $3,8 \pm 2,97$ мес. Всего в исследуемой группе было проведено: 229 УЗИ органов брюшной полости, 231 УЗИ почек, 314 НСГ-исследований, 134 УЗИ тазобедренных суставов.

Результаты исследования и их обсуждение. Анализ данных УЗИ показал, что максимальное число отклонений выявлено при НСГ ($n=314$) – у 190 (60,6 %) обследованных детей регистрировались различные нарушения ликвородинамики в виде: увеличения рогов и/или тел боковых желудочков 116 человек (36,9 %), увеличения размеров третьего желудочка (2,2 %), наружной или внутренней гидроцефалии (20,1 %). Увеличение наружных ликворных пространств диагностировались с пиками в возрасте 2 и 7 месяцев. Изменения желудочков регистрировались с одинаковой частотой до 9 месяцев жизни. Дети с увеличением ликворных пространств подлежат диспансерному учету. У 1,3 % детей в возрасте 1-1,5 мес. сохранялась пе-

ривентрикулярная ишемия. Динамика ПВИ может быть самой разнообразной – от полного регресса до развития необратимых кистозно-дегенеративных изменений, что также требует наблюдения. У 6,1 % детей выявлены субэпидемальные псевдокисты, которые указывают на возможные кровоизлияния, церебральную ишемию или ВУИ.

При УЗИ почек (n=231) отклонения зарегистрированы у 27,3 % детей. Так, у 25,5 % детей выявлены одно- или двусторонняя пиелозктазия (ПЭ). При этом у 15,2 % детей ПЭ зарегистрирована в возрасте 1 месяца, у 9,1 % – выявлена в возрасте до 6 месяцев. У 4,3 % – ПЭ определялась во втором полугодии жизни, что диктует необходимость расширения диагностического поиска. В двух случаях (0,9 %) диагностирована гидронефротическая трансформация одной из почек. Еще в двух случаях выявлены косвенные признаки пиелонефрита. При УЗИ органов брюшной полости (n=229) патология выявлена у 12,3 % детей: в 10,5 % случаев диагностирована гепатомегалия, в 3,9 % – диффузные изменения в паренхиме печени, в 2,2 % – спленомегалия. У 10,2 % детей зафиксированы изменения со стороны желчного пузыря: перегиб шейки ЖП (4,4 %) и фиксированная деформация ЖП (3,9 %).

При УЗИ тазобедренных суставов (ТБС) (n=138) патология выявлена у 30,4% обследованных детей: определялась задержка созревания ядер окостенения. Данные литературы указывают, что при УЗИ у детей в возрасте 1 мес. уже возможна визуализация ядра окостенения головки бедренной кости (у 9 % мальчиков и 16 % девочек). К 6 месяцам ядра окостенения созревают у 97 % мальчиков и 100 % девочек. Начиная с 7 месяцев у всех детей должны определяться на УЗИ ТБС ядра окостенения определенных размеров (Цытович А.Л., 2010). В исследуемой группе задержка созревания ядер головок бедренных костей у 4,4 % детей выявлены после 7 месяцев жизни, что является свидетельством несовершенного остеогенеза и требует уточнения причин. Еще у 2,2 % детей диагностирована дисплазия ТБС 3-й степени (с недоразвитием тазобедренного сустава с полным смещением головки бедренной кости относительно суставной впадины).

Анализ результатов ультразвукового скрининга показал, что из 314 обследованных сплошным методом детей у 70,1 % (220 человек) выявлена та или иная патология. Из них максимальное количество отклонений касалось ЦНС (в 61,9 % случаев регистрировались различные гембликвородинамические нарушения). Также у 27,3 % детей отмечены изменения со стороны почек, у 12,3 % – изменения органов ЖКТ и у 30,4 % обследованных детей – отклонения в формировании ТБС. Грубые пороки выявлены у 8,8 % детей (гидронефроз, окклюзионная форма гидроцефалии, врожденный вывих бедра).

Таким образом, УЗИ следует считать оптимальным методом для скрининга большого спектра врожденных аномалий и патологических изменений различных органов и систем.

ОСОБЕННОСТИ ПИТАНИЯ НА ПЕРВОМ ГОДУ ЖИЗНИ, ФИЗИЧЕСКОЕ И НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКОЕ РАЗВИТИЕ У ДЕТЕЙ С СИНДРОМОМ ЗАДЕРЖКИ ВНУТРИУТРОБНОГО РАЗВИТИЯ

А.А. Ладная, А.А. Вдовиченко, О.А. Сенкевич

Научный руководитель: д-р мед. наук, проф. О.А. Сенкевич

ДВГМУ, г. Хабаровск

Правильное питание ребенка с первых дней жизни является необходимым условием его гармоничного роста, физического и нервно-психического развития, поддержания здоровья (Шабалов Н.П., 2009). Для детей, рожденных с синдромом задержки внутриутробного развития (СЗРП) это правило является особенно актуальным. Критерием адекватности питания ребенка с СЗРП является динамика прибавки его массы тела и роста (Неонатология. Национальное руководство, 2013).

Цель работы: изучить влияние вида вскармливания на уровень физического и нервно-психического развития детей первого года жизни, рожденных с синдромом задержки развития плода.

В данной работе были поставлены следующие задачи: определить продолжительность и распространенность грудного вскармливания у детей до 1 года, оценить частоту встречаемости смешанного и искусственного видов вскармливания у исследуемой группы детей с СЗРП, определить возможные причины отказа от грудного вскармливания у данных детей, проследить сроки и характер вводимых прикормов, а также, оценить динамику показателей физического и нервно-психического развития в зависимости от вида вскармливания.

Методом случайной выборки нами были проанализированы 324 амбулаторные карты детей КГБУЗ «Детская городская поликлиника № 1» г. Хабаровска. Среди них была сформирована фокус-группа из 30 детей, рожденных с синдромом задержки развития плода (СЗРП) и имеющих на момент проведения исследования возраст от 1 года до 7 лет.

Среди исследуемой группы преобладали девочки (19). На искусственном вскармливании находились 7 детей, на смешанном – 8. Естественное вскармливание получали 15 человек, из них 93 % – от 6 до 12 месяцев. Причины отказа от кормления грудным молоком не были указаны в семи картах, в восьми картах (53 %) была отмечена гипогалактия у матери. Вскармливание «по часам» проводилось 18 детям (60 %), у остальных был выбран свободный режим кормления.

Установлено, что у большинства детей, находившихся на естественном вскармливании, физическое развитие гармоничное. По мере их роста наблюдалась тенденция к преобладанию мезосомии и уменьшение процента детей с микросоматическим развитием.

Среди детей, получавших смешанное вскармливание, как при рождении, так и в возрасте одного месяца жизни отмечалось микросоматическое

дисгармоничное развитие, главным образом, за счет массы. При анализе показателей физического развития по эпикризным срокам изменения отмечались только в возрасте 6 месяцев и 1 года, преобладали дети с гармоничным мезосоматичным развитием.

У детей, получавших искусственное питание, во всех возрастных периодах отмечено достоверное преобладание микросоматического гармоничного развития (от 71 % до 100 %), в каждом эпикризном сроке отмечалось микросоматическое дисгармоничное развитие за счет массы тела.

Во всех возрастных периодах у подавляющего числа детей (80 %), получавших естественное питание, отмечалось нормальное нервно-психическое развитие. Схожие показатели НПП имели дети, находившиеся на смешанном вскармливании. Среди детей, получавших искусственное питание, только около трети (29 %) имели нормальное нервно-психическое развитие. И в 6 и в 12 месяцев преобладали дети, имеющие задержку развития на 1 эпикризный срок по 1-2 линиям. Также у этих детей чаще наблюдалось отставание на 2 эпикризных срока по 3-5 линиям, по сравнению с детьми, получавшими грудное либо смешанное питание.

Половина детей получили первый прикорм в возрасте 5 месяцев. Примерно у 23 % детей прикорм был введен в 4,5 месяца, почти 17 % (5 человек) – в 5,5 месяцев. Таким образом, во всех рассмотренных случаях сроки введения первого прикорма были оптимальными и соответствовали рекомендациям ВОЗ и ESPGAN.

Согласно Национальной программе оптимизации вскармливания детей первого года жизни в РФ (2012), детям со сниженной массой тела в качестве первого основного прикорма целесообразно назначать каши промышленного производства, обогащенные железом, кальцием, цинком, йодом. В исследуемой нами группе выявлено более половины детей (57 %), которым в виде первого прикорма давалась каша. Однако 37 % детей с СЗРП получали овощное пюре. Эффективность применения указанных блюд прикорма сложно оценить, так как, при ретроспективной оценке трудно определить количество детей, которые в действительности их получали.

Выводы

1. В исследуемой группе детей только 50 % находились на естественном вскармливании.
2. Свободный режим кормления применялся только у 40 % детей.
3. Причины отказа от естественного вскармливания не фиксируются в медицинской документации, либо связаны с гипогалактией у матери.
4. В амбулаторных картах детей с ранним переводом на смешанное и искусственное вскармливание не указаны меры, предпринятые участковым педиатром по сохранению грудного молока.
5. Естественное вскармливание оказывает благоприятное влияние на физическое и нервно-психическое развитие детей с СЗРП.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МЕТОДА КЛИНОВИДНОЙ ДЕГИДРАТАЦИИ РОТОВОЙ ЖИДКОСТИ ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ ПРИЗНАКОВ ЭНДОГЕННОЙ ИНТОКСИКАЦИИ В КОМПЛЕКСНОЙ ОЦЕНКЕ СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ

**А.В. Ларинская, Д.И. Цымбаренко, Г.Г. Обухова, В.А. Филонов,
Н.В. Фирсова, Д.А. Холичев, А.С. Богданова**

ДВГМУ, г. Хабаровск

Актуальность. У большинства детей младшего школьного возраста, в силу учебной нагрузки, влияния неблагоприятных факторов окружающей среды, изменения режима питания, плохой гигиены полости рта и т. д., происходит значительное снижение резервных возможностей, что проявляется в уменьшении функционального потенциала организма в целом. При соматической патологии происходит накопление метаболитов в тканях организма, что обуславливает проявление интоксикации. Эндогенная интоксикация представляет собой синдром, характеризующийся накоплением в тканях и биологических жидкостях организма избытка продуктов нормального или извращенного обмена веществ, а также нарушение клеточного реагирования – эндогенных токсических субстанций. По мнению ведущих специалистов в данной области (Шабалина В.Н и Шатохиной С.Н.) ротовая жидкость отражает не только селективное состояние ротовой полости, но и состояние гомеостаза в целом.

Цель работы: выявить наличие интегрированных признаков эндогенной интоксикации у детей младшего школьного возраста, используя метод клиновидной дегидратации ротовой жидкости в комплексной оценке здоровья.

Материалы и методы. В качестве материала для исследования служила не стимулированная смешанная слюна 66 детей в возрасте 10-11 лет, учащихся 4 классов г. Хабаровск. Все дети на момент обследования были осмотрены педиатром (проведена комплексная оценка здоровья) и стоматологом (установлен стоматологический статус). Для оценки гигиены полости рта применяли индекс ИГР – У (Green G., Wermillion G., 1964). Интенсивность кариозного процесса оценивали с помощью индекса КПУ + кп. Для исследования смешанной слюны использовали диагностическую систему GC «Saliva – Check Buffer», которая включает в себя исследования слюны в состоянии покоя, и при стимуляции. Получение фации ротовой жидкости (РЖ) проводилось методом клиновидной дегидратации. Исследование фации ротовой жидкости осуществляли с помощью спектрофотометрии на малом увеличении. Уровень молекул средней массы (МСМ) в слюне определяли методом осаждения белков и измерением оптической плотности на спектрофотометре UV – 2540 при длине волны 254 нм. Для интегральной оценки процессов свободнорадикального окисления использовали измерение сверхслабого свечения (спонтанная и индуцированная

хемилюминесценция ротовой жидкости с добавлением Fe^{2+}). Статистическая обработка полученных результатов проводилась с использованием программ Microsoft Excel 2000 и Statistica 10.0. Критический уровень значимости (p) при проверке статистических гипотез принимался равным 0,05. Для исследования связи двух признаков использовали непараметрический метод Спирмена. Считалось, что линейная связь между признаками существует при коэффициенте корреляции $r \geq 0,4$, уровень значимости $p < 0,05$.

Результаты. В ходе исследования, в зависимости от наличия симптома тёмной пигментации на фации слюны в методе клиновидной дегидратации, все обследуемые дети разделены на 2 группы: контрольная группа без изменений на фации – 57,6 %, исследуемая группа с наличием темной пигментации на фации 42,4 %. При комплексной оценке состояния здоровья установлено, что дети у которых были изменения на фации слюны, имели II-III группы здоровья: напряжение функционального состояния – 10,6 %, заболевания ЖКТ – 19,7 %, патологию эндокринной системы – 6,0 %, и заболевания МВС – 6,1 % детей. При стоматологическом обследовании практически у всех детей, отчетливо прослеживалась зависимость между степенью интенсивности кариеса и уровнем гигиены: у 77 % с компенсированной формой кариеса 63 % детей имели хороший уровень гигиены; у 20 % с субкомпенсированной формой – удовлетворительный уровень гигиены и 3 % с декомпенсированной – имели не удовлетворительную гигиену. Однако у лиц в исследуемой группе наблюдалось смещение pH слюны в кислую сторону – 17 %; 14 % детей имели вязкую слюну, при этом у 6,1 % отмечено снижение буферной способности. При изучении интегрированных признаков эндогенной интоксикации в слюне установлено повышение значений экстинкций смешанной слюны у исследуемой группы ($\text{МСМ} = 0,260 \pm 0,03$, $p \leq 0,01$), по сравнению с контролем ($\text{МСМ} = 0,197 \pm 0,01$). Спонтанная и индуцированная хемилюминесценция ротовой жидкости в контрольной группе была в пределах средних значений, однако в группе лиц, имеющих изменения на фации слюны, отмечалось повышение спонтанной ($0,004 \pm 0,0002$, $p \leq 0,01$) и индуцируемой реакции ($0,042 \pm 0,003$, $p \leq 0,01$). Корреляционный анализ показал наличие статистически значимой положительной связи спектрограммы смешанной слюны с признаками эндогенной интоксикации на фации ($r = 0,47$) и наличием радикалов перекисного окисления ($r = 0,45$).

Выводы. Таким образом, появление симптома тёмной пигментации на фациях слюны, как маркёра эндогенной интоксикации сопровождается наличием интегрированных признаков эндогенной интоксикации в ней, что свидетельствует о протекающих патологических процессах в организме ребенка. Считаем, что применение метода клиновидной дегидратации ротовой жидкости в комплексной оценке здоровья, как мало затратного и

безболезненного метода исследования, и он может быть использован для диагностики состояния здоровья детей.

ГАСТРОШИЗИС: КРИТЕРИИ БЛАГОПРИЯТНОГО ИСХОДА ДЛЯ НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ

Н.В. Молчан, А.Е. Панова

Научный руководитель: канд. мед. наук З.А. Комарова

ДВГМУ, г. Хабаровск

Актуальность. Гастрошизис – дефект передней брюшной стенки в параумбиликальной области с эвентрацией петель кишечника, покрытых воспалительным экссудатом (Нестерова Н.К., Магомедова М.А., 2013).

Лечение детей с гастрошизисом должно начинаться немедленно после рождения, до хирургического вмешательства. Две наиболее важные цели на этом этапе – предотвратить охлаждение ребенка (эти дети склонны к охлаждению) и обеспечить венозный доступ для проведения жидкостной терапии. Улучшение результатов связано как с современными возможностями парентерального питания, так и с применением при необходимости методов этапного хирургического лечения (Исаков Ю.Ф., 2009).

Материалы и методы. Были изучены истории болезни новорожденных (n=20) с гастрошизисом за период с 2009 по 2013 год, находившихся на лечении в отделении хирургии новорожденных г. Хабаровска. Материалы были получены при анализе истории новорожденных, которые находились в отделении. Результаты исследований статистически обработаны с использованием персонального компьютера с помощью пакета программ Excel.

Результаты и обсуждение. В основном дети рождались от первой беременности (13 случаев из 20 – 65 %). Возраст матерей варьирует в пределах от 16 до 26 лет. У беременных женщин преимущественно встречались анемия, хронический пиелонефрит, медицинские аборт, предшествующие данной беременности, урогенитальная инфекция, вирусная инфекция, угроза прерывания беременности. Исходя из вышеизложенного можно сделать вывод, что причины развития гастрошизиса были мультифакторными, и могли повлиять на состояние плода как внутриутробно, так и после рождения.

Из выявленных 20 случаев 6 закончились смертельным исходом. При исследовании случаев летального исхода отмечается, что в 4 случаях из 6 (66,7 %) у женщин во время беременности было маловодие. Положительная динамика выживаемости новорожденных за последние два года, ни одного летального случая от данной патологии. Значительная часть новорожденных с гастрошизисом были мужского пола в соотношении 1,2:1. При исследовании можно отметить, что преобладали в числе своем недоношенные дети (55 %). Средний гестационный возраст составил 36 недель.

Средняя масса тела при рождении составила 2 454 грамма (+/-0,55 грамм). У большинства новорожденных имелись признаки внутриутробной гипотрофии. В 67 % случаях порок был диагностирован после 20 недели гестации. Наиболее ранняя пренатальная ультразвуковая диагностика гастрошизиса с помощью трансвагинальной эхографии возможна в 12 недель. В большинстве случаев, по данным литературы, диагноз устанавливается во втором триместре беременности, так как в ранние сроки (10-13 недель) возможна ложноположительная диагностика в связи с наличием у плода физиологической кишечной грыжи.

Выводы

Выживаемость детей с гастрошизисом составила 70 % (14). Летальность при данном виде врожденной аномалии составила 30 % (6) и была обусловлена сочетанием гастрошизиса с бронхолегочными и послеоперационными осложнениями. Благодаря своевременной диагностике, проведению комплексной профилактической и лечебной терапии во время беременности, выбору оптимального метода родоразрешения и оказанию высококвалифицированной помощи в условиях перинатального центра удалось увеличить выживаемость новорожденных после хирургической коррекции гастрошизиса. На основании изученных материалов были установлены критерии, благоприятно влияющие на состояние детей, рожденных с гастрошизисом: гестационный возраст, отсутствие патологии со стороны ЦНС, малые сроки ИВЛ во избежание бронхолегочных осложнений, отсутствие послеоперационных осложнений, отсутствие инфекционных заболеваний, маловодия у матери во время беременности.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ И ФАКТОРЫ РИСКА АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА У ДЕТЕЙ В РАЙОНЕ ИМЕНИ ЛАЗО ХАБАРОВСКОГО КРАЯ

А.В. Нестерова

Научный руководитель: канд. мед. наук, доц. Е.Н. Супрун
ДВГМУ, г. Хабаровск

В последнее время аллергические заболевания занимают одну из лидирующих позиций среди заболеваний детского возраста и представляют собой чрезвычайно важную медико-социальную проблему. За последние десятилетия в России и во многих странах мира наблюдается тенденция к увеличению количества аллергических заболеваний. Так до 40 % населения в целом и 10-12 % детской популяции страдает различными аллергическими заболеваниями. В последние 10 лет появились более тяжелые формы атопического дерматита, торпидные к традиционной терапии и часто приводящие к инвалидности. По данным международной статистики, увеличивается число инвалидов по атопическому дерматиту. В РФ инва-

лиды с детства по atopическому дерматиту составляют более 12 %. У 30-50 % детей, страдающих atopическим дерматитом, в последующем развиваются клинические симптомы респираторной аллергии. Обычно АД сочетается с бронхиальной астмой (40 %) или аллергическим ринитом (25 %).

Цель исследования: изучить особенности течения и факторы риска atopического дерматита у детей в районе имени Лазо Хабаровского края.

Материалы и методы. Изучение вариационно-статическим методом 325 амбулаторных карт детей, находящихся на лечении в МБУЗ «Районная больница № 2 муниципального района имени Лазо» с 2010–2013 год. К контрольной группе относились дети с первой группой здоровья - 29 человек. Критерий включения в группу сравнения – наличие в анамнезе atopического дерматита – 60 человек. Статистическая обработка данных проводилась с помощью прикладных математических программ (Statistica 6.0).

Результаты и их обсуждение. В структуре заболеваемости детского населения на I месте находятся заболевания органов дыхания (20,2 %), на II – болезни органов пищеварения (14,25 %), на III –аллергические заболевания (11,8 %). При этом доля atopических форм дерматитов составляет 18,26 % от общей структуры заболеваний кожи и подкожной клетчатки. Из 325 карт за период с 2010 по 2013 г. выявлено 60 случаев atopического дерматита(18,5 %). Полученные данные не противоречат данным в целом по району. Проведя корреляционный анализ полученных данных, были выявлены следующие особенности. 1) положительная корреляционная связь между профессиональными вредностями матери и количеством обострений. 2) Положительная корреляционная связь между уровнем эозинофилов и местом рождения. Средний уровень эозинофилов в группе сравнения составил $5,5 \pm 1,4$; в контрольной группе – $1,6 \pm 0,8$. 3) Отрицательная корреляционная связь между степенью тяжести заболевания и сезонностью обострений. 4) Положительная корреляционная связь между длительностью заболевания и площадью поражения кожных покровов. Чем дольше течет atopический дерматит, тем больше площадь поражения кожных покровов. 5) Положительная корреляционная связь между возрастом начала заболевания и тяжестью течения.

Таким образом, возникла необходимость выявления факторов риска atopического дерматита. Средний возраст детей в группе сравнения составил $5,2 \pm 3,5$ года, в контрольной группе $4,4 \pm 2,7$ года. Группа сравнения состояла из 33 мальчиков (55 %) и 27 девочек (45 %), но достоверность связи пола и atopического дерматита не была выявлена. Наследственность больше отягощена у группы сравнения и составляет 43,3 %, в контрольной группе – 24,1 % ($p \leq 0,05$). Вскармливания в обеих группах преобладает естественное ($p \leq 0,001$). Осложнения беременности матери в контрольной группе – 20,7 %, в группе сравнения 55 % ($p \leq 0,05$). Профессиональные вредности матери в контрольной группе и в группе сравнения: химические 10,4 % и 20,2. Физические – 44,8 % и 21,6 %. Стресс – 44,8 %, и

46,6 %. Тяжелая физическая нагрузка в контрольной отсутствует, в группе сравнения – 11,6 % ($p \leq 0,01$).

Выявив определенные факторы риска появилась необходимость оценить интенсивность влияния анамнестических факторов, усиливающих вероятность возникновения атопического дерматита. По результатам оценки уровень эозинофилов в ОАК определяет самый большой процент 84,57 %, 53,09 % составляют профессиональные вредности матери, за ними 37,68 % составляет отягощенность наследственности по соматическим заболеваниям.

Выводы

1) Заболевания кожи и подкожной клетчатки встречаются довольно часто (11,8 %). Доля атопического дерматита составляет 18,26 % от общей структуры заболеваний кожи и подкожной клетчатки.

2) Четкая положительная связь между длительностью заболевания и площадью поражения кожных покровов ($r=+0,97$), также между профессиональными вредностями матери и количеством обострений АД ($r=+0,53$), отрицательная – между возрастом ребенка и частотой обострений АД ($r=-0,86$). 3) Из оценки интенсивности влияния анамнестических факторов, усиливающих вероятность возникновения атопического дерматита, следует, что уровень эозинофилов в крови (84,57 %) и профессиональные вредности матери (53,09 %) играют очень большую роль в формировании АД. 37,68 % – отягощенность наследственности по соматическим заболеваниям, 36,18 % – осложнения течения беременности, 34,68 % – отягощенность наследственности по атопии. Выявление и анализ этих факторов, позволило разработать опросник для оценки риска развития атопического дерматита у детей.

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ КОКЛЮША У ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ

Е.Э. Никурадзе, О.Н. Солодовникова

Научный руководитель: канд. мед. наук О.Н. Солодовникова

ДВГМУ, г. Хабаровск

Коклюш – инфекционное заболевание, передающееся воздушно-капельным путем. До настоящего времени коклюш остается серьезной проблемой не только для России, но и для всего мира. По данным ВОЗ в мире ежегодно заболевает коклюшем около 60 млн человек, умирает около 1 млн детей, преимущественно в возрасте до одного года.

Одной из самых сложных проблем является диагностика стертых и легких форм заболевания вследствие выраженного коклюшеподобного синдрома при ряде других заболеваний. В связи с этим все большее внимание научных и практических работников здравоохранения направлено

на совершенствование лабораторной диагностики коклюша, его лечения и специфической профилактики.

Целью нашего исследования явилось изучение особенностей течения коклюша у детей первого года жизни, госпитализированных в инфекционное отделение детской краевой клинической больницы им. А.К. Пиотрови-ча за 2012–2013 годы.

За период 2012–2013 годы в отделении находился 41 ребенок грудного возраста с клиникой коклюшной инфекции, из них в 2012 году было госпитализировано 27 детей, в 2013 году – 14 детей. Среди заболевших детей в возрасте до 3 месяцев было 5 детей, от 3 до 6 месяцев – 11 детей, от 6 до 9 – 1 ребенок и от 9 до 12 месяцев – 15 больных детей. Распределение больных по полу характеризовалось преобладанием девочек, на долю которых пришлось 62,0 % случаев коклюша.

Заболевание коклюшем регистрировалось в течение всего года. В зимний период времени было госпитализировано 15 детей, весной – 6, летом – 5, осенью – 15 больных.

Анализируя прививочный анамнез, нами установлено, что 19 детей были привиты вакциной АКДС, из них однократную вакцинацию получили 3 детей, дважды были привиты 5 детей, трехкратно вакцинированы – 11 детей.

Как оказалось, у 24,0 % детей имел место неблагоприятный преморбидный фон: перинатальная энцефалопатия (8,0 %), анемия (7,0 %), внутриутробные инфекции (цитомегаловирусная, ВПГ, хламидии, уреаплазма) (9,0 % больных).

У всех детей в продромальном периоде коклюша отмечалось общее недомогание, снижение аппетита, катаральные симптомы (сухой кашель, насморк), субфебрильная температура тела). Все дети поступили в стационар на 10-й день от начала заболевания, в период разгара болезни (спазматического кашля).

Коклюш у 38 детей протекал в типичной форме. Атипичные формы наблюдались у 3 больных. Течение коклюша у 10 детей было тяжелым, у 24 – средней степени тяжести. У 3 больных детей течение коклюша осложнилось энцефалопатией.

Анализируя данные, полученные при исследовании показателей периферической крови, нами выявлено, что гиперлейкоцитоз (от $19,0 \times 10^9/\text{л}$ до $31,5 \times 10^9/\text{л}$) отмечался у 13 больных коклюшем, умеренный лейкоцитоз ($12,0 - 19,0 \times 10^9/\text{л}$) – у 10 больных, вместе с тем у 17 больных наблюдалась лейкопения, а у 18 детей количество лейкоцитов было в пределах нормальных показателей. В формуле крови лимфоцитоз был отмечен у 17 % больных детей, то есть у 60,0 % больных типичные изменения гемограммы отсутствовали.

Подтверждение клинического диагноза было получено нами у 21 ребенка, из них у 12 больных отмечался высеv коклюшной палочки, сероло-

гическим методом (РНГА с коклюшным и паракоклюшным диагностикумами) диагноз был подтвержден у 9 больных детей. Остальным детям диагноз коклюша был установлен клинически.

Выводы

Заболеваемость коклюшом встречается среди детей первого года жизни, в том числе у детей первых месяцев жизни. Одной из причин заболеваемости коклюшом детей первого года жизни является отсутствие вакцинации против этого заболевания (58,5 %). Источником инфекции для них являются братья, сестры и родители, переносящие легкие и стертые формы заболевания.

Заболевание у большинства больных протекало в среднетяжелой форме и характеризовалось комплексом симптомов, свойственных данному заболеванию.

К особенностям течения коклюша у детей первого года жизни следует отнести невысокий процент осложнений этого заболевания, а также отсутствие у 60,0 % больных типичных для коклюша изменений в гемограмме и низкий (22,0 %) уровень серологического подтверждения диагноза.

КЛИНИКО-ЭТИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ОРВИ У ДЕТЕЙ ГРУДНОГО И РАННЕГО ВОЗРАСТА

А.Ю. Орлова, И.И. Протасеня, О.Н. Солодовникова

Научный руководитель: д-р мед. наук, проф. И.И. Протасеня

ДВГМУ, г. Хабаровск

В России ежегодно регистрируется около 50 млн случаев инфекционных заболеваний, из них до 90 % случаев приходится на острые респираторные вирусные инфекции (ОРВИ). Высокая заболеваемость ОРВИ обусловлена: большим числом серотипов возбудителей; изменчивостью их антигенной структуры; способностью вирусов долго персистировать на слизистых оболочках дыхательных путей; поголовной чувствительностью населения к возбудителям инфекций; быстрым распространением вирусов среди людей; нестойкостью специфического иммунитета; преобладанием Th-2 над Th-1 типом иммунных реакций, особенно у детей с аллергией; отсутствием эффективных средств профилактики большинства инфекций; увеличением тесноты контактов; скученностью среди людей в холодное время года; плохим проветриванием помещений зимой; коротким светлым временем суток, уменьшающим губительное воздействие солнечных лучей на вирусы; большой выживаемостью вирусов в холодное время года.

По данным Роспотребнадзора по Хабаровскому краю, в 2013 г. заболеваемость ОРВИ негриппозной этиологии в г. Хабаровске составила 22 513,2 на 100 тысяч населения, что соответствует среднереспубликанскому уровню.

Целью исследования явилось изучение этиологии и клинических особенностей ОРВИ у детей грудного и раннего возраста, госпитализированных в детскую инфекционную больницу г. Хабаровска в течение 2013 года.

Под нашим наблюдением находилось 189 детей до 3 лет с верифицированным диагнозом ОРВИ. Диагноз был подтвержден методом ПЦР диагностики носоглоточного смыва.

Наиболее частым этиологическим фактором ОРВИ явились риновирусы (38,5 %), респираторно-синцитиальные вирусы (РС) (26,3 %). Несколько реже выявлялись вирусы парагриппа (13,2 %), вирусы гриппа (9,7 %), аденовирусы (7,1 %). В 5,2 % случаев выявлялись другие, «новые» вирусы (бокавирусы, метапневмовирусы, коронавирусы). Заболевания вирусными инфекциями регистрировалось в течение всего года. Однако наибольшее число заболевших проходило на зимне-весенний период (60,0 % случаев).

При изучении сроков госпитализации больных в клинику, нами было установлено, что в первые сутки поступило 74 ребенка (39,1 %), на вторые сутки – 51 (26,9 %), на третьи – 36 (19,1 %), на четвертые – 10 (5,4 %). Более позднее поступление (на 6-9-й день болезни) было у 18 детей (9,5 % случаев), то есть большинство больных (85,1 %) было госпитализировано в клинику в первые три дня от начала заболевания.

В возрастной структуре заболевших половину всех случаев (49,7 %) ставили дети первого года жизни.

Распределение больных по полу характеризовалось небольшим преобладанием мальчиков (58,7 %) над девочками.

При изучении анамнеза больных детей было выяснено, что у 64,8 % детей имел место неблагоприятный преморбидный фон: перинатальная энцефалопатия (22,0 %), анемия (4,8 %), внутриутробные инфекции (34,0 %), болезни сердца (4,0 %).

Течение ОРВИ у 10 (5,3 %) детей было тяжелым, у 157 (83,0 %) – средней степени тяжести, а у 1,7 % – легким. У всех детей заболевание начиналось остро. Типичными проявлениями ОРВИ интоксикационный синдром и катаральные проявления. Как правило, первым клиническим симптомом заболевания было повышение температуры тела. Лихорадка в диапазоне 38,0-39,0 °С наблюдалась нами у 61,3 % больных детей. Симптом кашля наблюдался в 67,0 % случаев, симптом одышки – 39,0 %. Нарушение гемодинамики в виде цианоза носогубного треугольника, похолодание конечностей, мраморность кожных покровов выявлено у 15 больных детей.

Проявлением парагриппозной инфекции в 6,0 % случаев был стеноз гортани I-II степени, при РС-инфекции в 32,0 % случаев наблюдался бронхообструктивный синдром.

У 33,5 % больных ОРВИ протекала с осложнениями в виде пневмонии (1,5 %), фебрильных судорог (8,0 %), бронхита (24,0 %).

Выводы

Таким образом, заболеваемость острыми респираторными инфекциями в г. Хабаровске остается на высоком уровне. Основными этиологическими факторами ОРВИ в 2013 году явились риновирусы, РС-вирусы. Заболевание у детей грудного и раннего возраста протекало с характерной для ОРВИ клинической картиной. Своевременная госпитализация и адекватная терапия больных ОРВИ способствовали гладкому течению болезни. Бактериальные осложнения ОРВИ возникали редко, преимущественно у детей с неблагоприятным преморбидным фоном.

НАРУШЕНИЕ СТАНОВЛЕНИЯ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

А.А. Пасько

Научный руководитель: д-р мед. наук Е.В. Ракицкая
ДВГМУ, г. Хабаровск

Актуальность проблемы. Фертильность, детородный прогноз и метаболический статус взрослых во многом зависят от того, насколько полноценно протекает и насколько благополучно завершается их пубертат.

Проблемы состояния здоровья подрастающего поколения приобретают в настоящее время медико-социальный характер. Более 30 % подростков имеют нарушение полового развития. Среди множества патологических процессов наибольший интерес у теоретиков и клиницистов вызывают те из них, которые чаще приводят к нарушению репродуктивной функции, инвалидизации.

Складывается ситуация, при которой каждое последующее поколение россиян обладает все меньшим потенциалом здоровья, что приводит к неуклонному росту первичной инвалидизации детского населения и показателей ее распространенности, что также влечет за собой существенные экономические потери.

По статистическим данным преобладает удельный вес юношей, по заболеваниям репродуктивной системы.

В современных условиях модернизации здравоохранения РФ осуществлены новые подходы к организации охраны репродуктивного здоровья детского населения: положительные результаты инновационных решений демонстрирует работа центров репродуктивного здоровья. Но в г. Хабаровске нет центров репродуктивного здоровья.

Разработаны и внедрены в практическое здравоохранение регламентирующие документы МЗ РФ по осуществлению контроля «становления здоровья и репродуктивной системы подростков» Которым в первую очередь должны следовать врачи педиатры.

Целью научной работы является – изучить возрастную-половую структуру нарушения полового развития детей и подростков в возрасте от 6-17 лет.

Материалы и методы. Единицей наблюдения являются пациенты НИИ Охраны материнства и детства.

Объем статистической совокупности – 75 человек.

Полученные результаты и их обсуждение. В структуру нарушения полового развития входят: нарушения полового развития (61,3 %), что составляет абсолютное большинство в структуре полового развития, с преобладанием у мальчиков. На втором месте по частоте патологий репродуктивной функции стоит задержка полового развития (47,5 %). При разделении на гендерные группы, мы имеем преобладание у мальчиков (62,5 %) у девочек в 2 раза ниже. И заключительным является преждевременное половое развитие (3,9 %), в котором с абсолютным удельным весом преобладают девочки.

В ходе исследования мы разделили структуру нарушения полового развития на 2 группы: дети, находящиеся в препубертате и в пубертате.

При ЗПР: дети, находящиеся в препубертате, это мальчики с 6-13 лет составляют большинство и всех структуры ЗПР, девочки с 6-12 лет практически в 4 раза меньше. В пубертате картина меняется: девочки преобладают, а мальчиков в 2 раза меньше.

При ППР: в абсолютном большинстве представлены только девочки находящиеся в препубертате.

В структуре НПР, небольшой отрыв в статических показателях детей находящихся в препубертате, в сравнении с пубертатом – в 2 раза выше. Мальчики составляют большинство (42,6 %), девочки (31,7 %)

Неврологическими нарушениями со стороны Ц и ВНС страдают 80 % детей от общего количества наблюдаемых пациентов.

При разделении на гендерные группы: получается, что у мальчиков нарушения репродуктивного здоровья сопровождающиеся нарушением со стороны нервной системы чаще, чем у девочек.

Если разделить всю неврологическую патологию на: 1. Синдром вегетососудистой дистонии-из общего количества неврологической патологии составляет 60,3 %. 2. Резидуальная энцефалопатия, ВЧГ и гипертензионно-гидроцефальный синдром возникают в 2 раза меньше. 3. На долю органических поражений приходится около 3 % от общего количества неврологических нарушений.

Эндокринной патологией из 75 детей страдают 58,6 % детей: На долю заболеваний щитовидной железы приходится 26,7 % Нейроэндокринный синдром включен в диагноз у данных пациентов почти в 2 раза меньше. И на дистрофические нарушения приходится 55,8 % случаев.

Почему же в данной патологии у нас получается такая большая цифра? Из всей статистической совокупности (напомню это 75 пациентов), 40

из них страдают ожирением, практически с раннего возраста. У многих из этих детей имеется наследственная предрасположенность к метаболическим нарушениям. Так что лечение и диагностику надо начинать с родителей.

Превалирующим среди соматической патологии являются болезни системы кровообращения, болезни органов пищеварения и органов дыхания.

Был произведен расчет атрибутивного риска, который нам говорит о том, сколько случаев заболевания можно было бы предотвратить при полной элиминации воздействия. Отношение шансов показывает, во сколько раз вероятность возникновения заболевания среди лиц, подвергшихся воздействию изучаемого фактора выше, в сравнении с лицами, не подвергшихся этому воздействию. (НПР-0,8; ЗПР-0,4; ППР-0,04) Цифры получились не большими, но все же репродуктивное здоровье детей – это будущее нашей страны.

Выводы

1. При изучении возрастной – половой структуры патологий развития репродуктивной системы мы имеем, в большинстве случаев это нарушения полового развития, за ними идет задержка и включает цепочку преждевременное половое развитие. Во всех нарушениях репродуктивного здоровья мальчики страдают почти в три раза чаще, чем девочки.

2. При исследовании структуры сопутствующей патологии мы имеем преобладающее большинство поражений нервной системы(80 %) случаев. Не намного отстают нарушения эндокринной системы, в данной патологии «бичом» является ожирение. Из статистических данных мы получили, что среди соматической патологии в большинстве случаев преобладают заболевания системы кровообращения. За ними идут заболевания органов пищеварения и дыхания.

3. В последнее десятилетие получение объективной оценки состояния здоровья населения часто связывают с развитием и внедрением в практическую медицину методов донозологической диагностики.

ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ НОВОРОЖДЕННЫХ И ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА ПРИ ФУНКЦИОНАЛЬНО-ИЗМЕНЕННЫХ ГЕНОТИПАХ MTHFR И ВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ У МАТЕРИ

Э.В. Смирнова

Научный руководитель: д-р мед. наук С.В. Супрун
ДВГМУ, г. Хабаровск

Молекулярная медицина – это качественно новый раздел медицинской науки. Характерной особенностью молекулярной медицины является выраженная профилактическая направленность, когда полные сведения о

геноме могут быть получены задолго до начала заболевания и, как следствие, профилактические мероприятия могут предупредить развитие болезни. Клинический контроль полиморфизма гена метилентетрагидрофолатредуктазы (MTHFR) имеет прогностическое значение и позволяет определить риск развития фетоплацентарной недостаточности (ФПН), преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты, позднего гестоза, незаращению нервной трубки и другим патологиям плода.

Целью исследования явилось выявление клинических особенностей осложненного течения беременности и оценка состояния здоровья новорожденных и детей раннего возраста в зависимости от полиморфизма гена MTHFR и наличия вирусной инфекции у матери.

Задачи исследования: 1) определить частоту встречаемости генетического маркера фолатного цикла (гена MTHFR) у женщин г. Хабаровска; 2) Выявить клинические особенности осложненного течения беременности в зависимости от наличия полиморфизма гена MTHFR; 3) оценить исходы беременности, состояние здоровья детей в наблюдаемых группах для оценки перинатальных прогностических и корректирующих мероприятий.

Материалы и методы. Работа основана на результатах комплексного обследования беременных женщин, вставших на учет в ранние сроки беременности и наблюдаемых в динамике (по триместрам) на базе женских консультаций г. Хабаровска. Для исследования генетического полиморфизма MTHFR использовался метод полимеразной цепной реакции (ПЦР). Оценка экстрагенитальной патологии, течения и исходов беременности у матери проводилась по результатам данных разработанной карты.

Результаты исследования и обсуждение. Под наблюдением находилось 208 беременных женщин, которые были разделены на две группы: первую группу составили 148 женщин, прошедшие генодиагностику и получавшие полный комплекс терапии, подобранный в соответствии с индивидуальными особенностями; вторую группу (далее – группа сравнения) составили 60 женщин, получавшие общий курс терапии, в качестве профилактики осложнений беременности. В группах проведена оценка частоты встречаемости полиморфизма гена MTHFR. В 1-й первой группе наличие мутаций отмечено у 76 женщин (36,53 %): 8 из них (3,84 %) имели гомозиготную форму, 69 (33,17 %) – гетерозиготную; остальные женщины, 71 (34,13 %), имели нормальный полиморфизм. В группе сравнения мутантный ген MTHFR выявлен у 39 женщин (18,75 %): 4 из них (1,92 %) – гомозиготный вариант, 35 (16,82 %) – гетерозиготная форма, в 10,09 % случаях – нормальный генотип MTHFR. В результате сравнения двух групп, в частности акушерского анамнеза и течение беременности исследуемых женщин, было замечено следующее: в первой группе, в первом триместре беременности, у женщин – носительниц мутантного гена MTHFR, гетерозиготный вариант, токсикоз имел место у 29,0 % женщин, при гомозиготном варианте – у 25,0 %; тогда как у женщин в группе сравнения по тем же

параметрам – у 48,6 % и 100,0 % соответственно. Угроза прерывания беременности имела место в первой группе: при гетерозиготном варианте – у 36,2 % женщин; при гомозиготном варианте – у 12,5 %, тогда как в группе сравнения: 17,1 % и 50,0 % соответственно. Обострение хронической патологии у женщин первой группы, по гетерозиготному варианту, присутствовало у 10,1 % женщин; в группе сравнения – у 28,6 %, однако во втором триместре беременности – у 18,8 % и 48,6 % женщин соответственно. После проведения сравнительного анализа третьего триместра беременности в двух группах, можно отметить, что ФПН у женщин первой группы отмечалась у 37,5 %, имеющих мутацию в гене MHTFR по гомозиготному варианту, тогда как в группе сравнения – у 100,0 % женщин соответственно. Хроническая гипоксия плода была отмечена у 12,5 % женщин первой группы, имеющей гомозиготный вариант мутантного гена MHTFR, в группе сравнения – у 75,0 % соответственно. ОРВИ была отмечена у 50,0 % женщин группы сравнения, когда в первой группе подобное осложнение полностью отсутствовало. Анализ исходов беременности в наблюдаемых группах женщин учитывал активацию перинатально значимых вирусно-бактериальных инфекций на фоне дефицитных состояний и коррекцию выявленных нарушений соответственно разработанным алгоритмам, оценку состояния здоровья детей во время рождения и в раннем неонатальном периоде. В случаях обычного ведения беременных женщин в условиях женских консультаций, роды раньше срока отмечены у 12,5 % случаев. При комплексном подходе к диагностике и лечению преждевременных родов зарегистрировано не было; аномалия родовой деятельности встречалась реже в 1,8 раза; обвитие пуповины – в 2,2 раза. Дети, рожденные в группах, наблюдавшихся по нашей программе, были оценены по шкале Апгар на 1-й минуте менее 6-7 баллов в 1,9 раза реже, состояние средней и тяжелой степени – в 5,7 раза, токсическая эритема – в 3,4 раза, патология ЦНС (парезы, параличи) – в 3,4 раза. В данной группе детей не зарегистрированы ЗВУР, патология бронхолегочной системы, кривошея, в отличие от групп сравнения: 13,0 %, по 9,1 % соответственно. Подобным образом были оценены исходы беременности и родов в группах женщин и их новорожденных при наличии и/или активации вирусно-бактериальных инфекций. В данной группе женщин, выкидыши на ранних сроках встречались в 6,4 раза реже (16,0 % против 2,5 %). У рожденных детей в 1,8 раза реже отмечалась гипоксия, патологическая убыль массы тела (6-10 %) – в 2,2 раза, патология ЦНС – в 2,8 раза, в том числе нарушение мышечного тонуса – в 2,5 раза. При ведении беременных женщин по традиционным схемам патологическая убыль массы тела более 10 % выявлена у 11,8 % детей, геморрагический синдром, патология ССС – 10,0 %, гипербилирубинемия и синдром дизадаптации – в 20,0 % случаев. Вышеуказанные патологические состояния у детей, матери которых были включены в программу и проходили наблюдение по предложенным алгоритмам, не отмечалось. Получены

положительные достоверные результаты оценки физического развития детей на 1-м месяце жизни при использовании комплексных диагностических и лечебно-профилактических мероприятий на основе индивидуального принципа. Дисгармоничное развитие у детей, матери которых получали лечение по алгоритму, встречаются реже: при дефицитных состояниях – на 4,4 %, сочетание активации перинатально-значимых инфекций и дефицитных состояний – на 17,0 %.

Выводы. Таким образом, комплексная оценка перинатальных факторов риска и исходов беременности показала практическую значимость исследования полиморфизма гена MTHFR. Полученные данные необходимо использовать на этапе прегравидарной подготовки или в ранние сроки гестации для прогноза и профилактики осложнений беременности при функционально-измененных генотипах.

РАЗРАБОТКА КОМПЬЮТЕРНОЙ ПРОГРАММЫ ДЛЯ ОЦЕНКИ ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ

Ю.Н. Стецкая

Научный руководитель: д-р мед. наук, проф. О.А. Сенькевич

ДВГМУ, г. Хабаровск

Большинство исследований направлено на разработку центильных таблиц для определенной группы детей, оценка и интерпретация полученных результатов остается неизменной на протяжении многих лет. Многие годы практикующим врачам-педиатрам приходится обращаться к центильным таблицам, запоминать необходимые действия и цифры для оценки данных. Для облегчения работы с центильными таблицами нами впервые предложена разработка компьютерной программы для непосредственной оценки физического развития.

Преимущества данной программы заключаются в простоте ее использования, скорости оценки и готового заключения в конце. Расчет производится в короткий промежуток времени, точность расчетов не определяется субъективными факторами, не зависит от пользователя. Вводные данные определяются основными антропометрическими параметрами ребенка (масса тела, длина тела, окружность головы и грудной клетки и т. д.). При использовании программы не нужно иметь специальной квалификации. Мы предполагаем создание интуитивно понятного интерфейса с многочисленными подсказками и подробной инструкцией на русском языке. Для каждого региона будет разработана легко обновляемая прошивка с набором центильных таблиц с учетом специфики данного региона.

При ее реализации исчезнет необходимость в использовании разных центильных таблиц, расхождении в результатах, так как не учитываются многие особенности физического развития. Также исчезнет необходимость

подсчета коридоров, произведения расчетов и интерпретации результатов полученных данных.

Данная программа предназначена для массового использования при оценке физического развития детей различного возраста на амбулаторном и госпитальном этапе.

Потенциальными потребителями при коммерциализации данного проекта станут поликлиники и больницы города Хабаровска, а также других городов России. При необходимости есть возможность создания сетевой версии программы для автоматического ее обновления через Интернет.

ИСХОДЫ ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ ПОСЛЕ ПРИМЕНЕНИЯ РЕПРОДУКТИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ

Н.В. Токарева

Научный руководитель: канд. мед. наук З.А. Комарова
ДВГМУ, г. Хабаровск

Актуальность. Начало успешному лечению женского бесплодия с помощью метода экстракорпорального оплодотворения и переноса эмбрионов (метод ЭКО и ПЭ) было положено более двадцати лет назад (В.И. Куликова, Б.В. Леонова, 2004). Метод нашел применение во многих странах мира и в настоящее время считается специалистами наиболее прогрессивным. Исторически новое направление в лечении бесплодия – экстракорпоральное оплодотворение яйцеклетки (ЭКО) возникло в 1978 г. в Англии. Вначале метод ЭКО и ПЭ применялся преимущественно в случаях бесплодия, обусловленного непроходимостью или отсутствием у женщин маточных труб (ВОЗ, 1997). В России этот метод впервые был внедрен в 1985 г. в НИИ акушерства и гинекологии МЗ СССР под руководством Б. В. Леонова и В.И. Кулакова. Рождение первого ребенка произошло в 1986 г. в Центре охраны здоровья матери и ребенка МЗ СССР. Оценка физического и нервно-психического здоровья детей, рожденных от беременности после ЭКО и ПЭ, чрезвычайно актуальна. Известно, что беременность, наступившая при применении репродуктивных технологий, определяет высокий риск перинатальной патологии новорожденных, учитывая отягощенный фон матерей.

Материалы и методы. Обследованы 50 новорожденных ребенка, родившихся в Сахалинской области в период с 2009 по 2011 г. Основную группу составил 30 новорожденных (16 доношенных и 14 недоношенных), родившихся от многоплодных и одноплодных беременностей после ЭКО. Контрольную группу составили 20 детей (18 доношенных и 2 недоношенных), родившихся в этот же период от естественно наступивших беременностей (одноплодных и многоплодных). Материалы были получены при анализе истории родов матерей и истории развития новорожденных, кото-

рые находились под наблюдением специалистов стационаров акушерского профиля Сахалинской области. Результаты исследований статистически обработаны с использованием персонального компьютера с помощью пакета программ Excel. Критический уровень значимости при проверке статистических гипотез принимался равным 0,05.

Результаты и обсуждение. Значительная часть женщин к моменту рождения ребёнка имела возраст 31-40 лет (52,8 % и 15 %, соответственно для второй и первой группы исследований). Следовательно, значительная часть женщин к моменту наступления беременности в основной группе оказывались возрастными первородящими. Возраст 20 % женщин из группы ЭКО превышал 36-40 лет, что резко увеличивало риск неблагоприятного исхода для детей.

Полученные данные по основной группе исследования свидетельствуют, что бесплодный период колебался в широких пределах: от 1 года до 15 лет и более. Продолжительность бесплодного брака от 1 до 5 лет составляла 52,8 %, а от 6 до 15 лет и более – 46,2 %.

Внутриутробное развитие детей при многоплодной беременности после ЭКО протекает в неблагоприятных условиях в связи с наличием у матерей хронических заболеваний и осложнений беременности. В 33 % случаев произошли преждевременные роды. Частота кесарева сечения в основной группе составила 89,1 % и 10 % в контрольной ($p < 0,005$). Предпочтение, отданное оперативному родоразрешению, было обусловлено прежде всего желанием снизить риск возможного травматизма в родах, а также малой вероятностью повторения программы ЭКО в случае гибели плода.

Большая часть детей родилась доношенными (52,8 % и 90 %, соответственно по группам, $p < 0,005$). Недоношенные дети преобладали (46,2 %) в 1-й группе и 10 % составили во 2-й ($p < 0,005$). Учитывая, что наиболее частым и грозным осложнением раннего неонатального периода является асфиксия новорожденного, была изучена частота встречаемости данной патологии у исследованных новорожденных. В первой группе исследования чаще всего отмечалось рождение детей с низкой оценкой по шкале Апгар в (59,4 % и 45 %, соответственно, $p < 0,005$), чаще речь шла об асфиксии средней степени тяжести у новорожденных из группы ЭКО.

Выводы

Результаты исследований свидетельствуют о том, что беременность в результате ЭКО представляет высокий риск для ребенка, из-за заболеваний матери, которые явились причиной бесплодия и невынашивания беременности. В первую очередь это касается хронической инфекционной патологии, заболеваний эндокринной и иммунной систем, что неблагоприятным образом сказывается на формировании последа, способствует развитию хронической плацентарной недостаточности и существенно нарушает морфофункциональное развитие ребенка в раннем онтогенезе. Следовательно, недоношенные дети, рожденные от беременности после ЭКО, ну-

ждаются в тщательном исследовании функций ЦНС, включающем электрополиграфическое исследование, для определения характера, объема и продолжительности лечебных мероприятий и тактики дальнейшего диспансерного наблюдения. ЭКО – основной метод лечения женского бесплодия и является наиболее прогрессивным во всем мире. Применение данного метода позволяет иметь ребенка женщине с осложненным гинекологическим и акушерским анамнезом. При соблюдении определенных показаний и ограничений наступает рождение детей, которые требуют тщательного диспансерного наблюдения для удовлетворительного физического и нервно-психического развития.



Секция стоматологии

АНАТОМО-МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ СТРОЕНИЯ ВЕРХНИХ ВОСЬМЫХ ЗУБОВ

В.А. Анисимов, М.И. Лупенко

Научный руководитель: Т.В. Ли

ДВГМУ, г. Хабаровск

Актуальность. Тщательное изучение морфологии корня является важным этапом при удалении зуба и при планируемом эндодонтическом лечении. Многие третьи моляры представляют собой настоящую сложную систему корнеобразования, и с учетом разумной доступности, нет причины отказа использования этих зубов для функционирования зубного ряда после эндодонтического лечения. Анатомия корней третьего верхнего моляра является совершенно непредсказуемой и поэтому целесообразно исследовать морфологию корневых каналов перед хирургическим или эндодонтическим лечением, прогнозируя успешный результат.

Цель исследования. Определить анатомо-морфологические особенности строения корневой системы восьмых верхних зубов.

Задачи исследования:

1. Изучить морфометрические параметры корневой системы удаленных верхних восьмых зубов.
2. Выявить наиболее часто встречающиеся в клинической практике формы строения корневой системы верхних восьмых зубов.
3. Установить соответствие рентгенологического исследования и реальной анатомической формы корневой системы восьмых верхних зубов.

Материалы и методы исследования. Проведено визуальное и рентгенологическое исследование 30 удаленных верхних восьмых зубов. Для определения их анатомо-морфологических особенностей учитывались показатели: сросшиеся или прямые корни, без аномалии их количества, аномалии количества корней, искривление корней.

Результаты исследования. Получены следующие морфометрические параметры корневой системы:

1. корневая система, состоящая из сросшихся между собой корней, имеющая вид конуса – 50 %;
2. корневая система, имеющая аномальное количество корней (4 и более) с различным углом искривления отдельных корней – 27 %;
3. корневая система со значительно выраженным искривлением корневой системы – 23 %.

В стоматологической практике полная визуализация боковой части системы корней и корневых каналов, как правило, невозможна. Общепринятые рентгенографические методы, как аналоговые, так и цифровые, имеют ограниченное разрешение и дают лишь двумерное (2D) изображение. Часть анатомии латерального отдела, особенно в щечно-небной плоскости, остается невидимой. Ограниченная визуализация всей системы корней и корневых каналов может привести к определенным техническим трудностям, с чем и сталкиваются врачи стоматологи в своей клинической практике.

Таким образом, выявлены наиболее встречаемые типы строения корневой системы верхних восьмых зубов: система со сросшимися корнями, система корней с аномалией их количества и корневая система с сильным искривлением. Установлено, что наиболее часто встречается корневая система со сросшимися корнями (её доля составила 50 %). Визуализация при использовании рентгенологического исследования не дает полного представления о анатомо-морфологическом строении, что в значительной мере усложняет выбор правильного метода лечения и тактики его проведения.

АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ ПУЛЬПИТОВ ВРЕМЕННЫХ ЗУБОВ МЕТОДОМ ДЕВИТАЛЬНОЙ АМПУТАЦИИ

Ю.Л. Бармина

Научный руководитель: канд. мед. наук, доц. М.И. Елистратова

ДВГМУ, г. Хабаровск

Кариес и его осложнения — наиболее распространенные стоматологические заболевания детского возраста. Продолжает сохранять актуальность проблема лечения уже развившегося патологического процесса в твердых тканях зуба и пульпы. Воспаление пульпы временных и постоянных зубов занимает значительное место в стоматологической структуре заболеваемости у детей и по данным различных авторов составляет 35-50 %. Отмечается увеличивающийся из года в год прирост осложненного кариеса временных зубов и тенденция к его «омоложению» (с 1,5-2 лет).

Цель исследования: оценить ближайшие и отдаленные результаты лечения пульпитов временных зубов по материалам КГБУЗ «Детская стоматологическая поликлиника № 1» г. Комсомольска-на-Амуре.

Материалы и методы. Методом случайной выборки проведена оценка 100 амбулаторных карт стоматологического здоровья детей дошкольного возраста (от 3 до 7 лет). Диагноз «пульпит» был выставлен в 37 картах (37 %). Дополнительному анализу были подвергнуты 60 случаев лечения пульпитов моляров временных зубов у дошкольников методом девитальной ампутации резорцин-формалиновым методом, за 5-летний период.

При анализе отмечали: частоту возникновения пульпитов в разном возрасте, локализацию кариозных полостей во временных молярах, а также осложнения, возникшие в разном возрасте, в разные сроки, закончившиеся удалением зуба.

Результаты исследования. Анализ частоты поражения молочных моляров на верхней и нижней челюстях и локализации кариозных полостей (I-II класс) показал, что временные моляры на нижней челюсти лечились чаще (58,3 %), чем временные моляры на верхней челюсти (41,7 %). Пульпиты в первых молярах встречались чаще (55 %), чем во вторых молярах (45 %). В 31,7 % случаев полости локализовались на окклюзионной поверхности и в 68,3 % — на проксимальных поверхностях.

Также были рассмотрены частота, локализация, групповая принадлежность при возникновении пульпитов в разных возрастных группах. Полученные данные свидетельствуют о том, что пик воспаления пульпы во временных молярах приходится на возраст 5-6 и 6-7 лет (31,7 и 25 % соответственно). Однако следует отметить, что уже в возрасте 3-4 года пульпит лечили в 20 % случаев, а в 4-5 лет в 23,3 %.

При рассмотрении сроков развития хронического апикального периодонтита после лечения пульпита стало видно, что при лечении пульпита во временных молярах, осложнения в виде апикального периодонтита встре-

чаются в 48,3 % случаев: из них в 3 года в 20,6 %, 4-5 лет в 17,3 %, 5-6 лет в 34,5 %, 6-7 лет в 27,6 %. Диагноз «апикальный периодонтит» в 55,2% случаев выставлен в первые два года после лечения пульпита. Обращает на себя внимание большое количество осложнений в виде апикального периодонтита уже в течение первого года после лечения пульпита (27,6 %), причем в 20,7 % они развились в ранние сроки — до полугода.

Анализ сроков удаления временных моляров, леченных по поводу пульпита, в зависимости от возраста ребенка, в котором было проведено лечение показал, что из 60 леченных по поводу пульпита зубов было удалено 55 %. Временные моляры, леченные в возрасте 3-4 лет, были удалены в 24,2 % случаев, в 4-5 лет — 18,2 %, в 5-6 лет — 36,4 %, в 6-7 лет — 21,2 %.

Наибольшее количество удалений приходится на первые 2 года после лечения пульпита — 42,4%.

Обсуждение результатов. Полученные в ходе исследования данные показывают, что диагноз пульпит временных моляров присутствует в 37 % карт, подвергнутых оценке. Такая частота развития пульпита в зубах свидетельствует о возможном риске развития следующих осложнений: нарушение формирования роста и развития лица и челюстей; нарушение функции жевания и речи; нарушение сроков прорезывания постоянных зубов; влияние одонтогенной инфекции молочных зубов на зачаток постоянного зуба; развитие хронического состояния.

Возможные факторы, определяющие развитие пульпита временных зубов:

1. Недостаточная профилактическая работа врача-стоматолога.
2. Трудности на этапе лечения кариеса.
3. Затрудненная диагностика и дифференциальная диагностика пульпита у детей.

В силу выше перечисленных причин неудивительно, что развитие осложнений после лечения пульпита временных моляров в виде апикального периодонтита составило 48,3 %. Причем, по результатам данного исследования уже в течение первых 6 месяцев процент такого осложнения составляет 20,6 %, а у детей 3-4х лет — 50 %. Половина таких зубов (55 %) удаляется, и наибольшее число удалений приходится на возраст 5-6 лет.

Выводы

1. Частота развития пульпита во временных молярах достаточно высокая и составляет 37 %. Пик воспаления пульпы приходится на возраст 5-7 лет.

2. Локализация кариеса на проксимальных поверхностях увеличивает риск развития пульпита в 2 раза.

3. Осложнения в виде апикального периодонтита после лечения пульпита временных моляров методом девитальной ампутации с использованием резорцин-формалиновой пасты составляют 48,3 %.

4. Удаление как осложнение после лечения хронического пульпита встречается в 55 % случаев. Наибольшее число зубов после лечения пульпита удаляется в 5-6 лет (36,4 %) и составляет 33,3 % случаев в течение первых двух лет.

ОЦЕНКА ФАКТОРОВ, ВЛИЯЮЩИХ НА СОСТОЯНИЕ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ СТУДЕНТОВ, ОБУЧАЮЩИХСЯ В ДВГМУ

В.В. Васильева, М.И. Григорьева, Т.В. Овчинникова

Научный руководитель: доц., канд. мед. наук. М.Б. Сувырина
ДВГМУ, г. Хабаровск

Здоровье человека в значительной мере определяется уровнем его функциональных возможностей [Иванов В.С., 1998]. Здоровье студентов имеет большое социально-медицинское значение. Студенческая молодежь является одним из главных резервов высококвалифицированных специалистов для различных отраслей народного хозяйства. Ряд авторов отмечает ухудшение здоровья во время получения образования в высших учебных заведениях [Новиков В.Н., Уваров В.А., 2000]. Так, ко второму курсу количество случаев заболеваний увеличивается на 23 %, а к четвертому – на 43 % [Андреева Д.А., 1973]. Четверть студентов переходит в более низкую медицинскую группу [Дюкарева А.М., 1995]. По данным ряда авторов, проводивших медико-социологические исследования среди студентов, было выявлено увеличение числа общей заболеваемости [Кочарова Л.В., Колесникова Н.Ю., 2008].

В стоматологической практике большое значение приобретают системная профилактика и использование фундаментальных исследований для конкретных рекомендаций по формированию здорового образа жизни; в частности по научно обоснованной коррекции; общего объема двигательной активности, по повышению резистентности организма [Николаев В.Г., 2001].

Цель исследования: выявить влияние учебного процесса, как стрессового фактора на состояние стоматологического здоровья студентов в период их обучения.

Задачи

1. Оценить прирост кариозного процесса у студентов в период обучения с 1-го по 3-й курс.
2. Определить составляющие здорового образа жизни студентов 3-го, 2-го и 1-го курсов.
3. Оценить психологический статус студентов в период их обучения.

Материалы и методы. Исследование проводилось на базе стоматологической поликлиники «Уни-Стом» в течение 2011–2014 года и носило

ретроспективный характер. Группу респондентов составили 40 человек. Первичное определение стоматологического статуса проводилось в 2011 году (1-й семестр обучения). Последующие исследования осуществлялись в 4-м и 6-м семестрах (2013–2014 гг.) Стоматологический статус оценивался на основании общего осмотра, определения интенсивности кариозного процесса по индексу КПУ, оценка гигиеническое состояние с помощью индекса J.C Green и J.R. Vermillion (1964), изучение тканей пародонта по индексу количественного определения интенсивности и распространенности воспаления (РМА), индексу нуждаемости в лечении заболеваний пародонта (СРІТN)). У этих же студентов уровень психического состояния определялся с использованием теста Айзенка, который включал в себя изучение таких показателей, как фрустрация, ригидность, агрессивность, тревожность. Также проводилось анкетирование для изучения здорового образа жизни студентов, где особое внимание уделялось вредным привычкам.

Результаты и обсуждения. В результате исследования активности кариозного процесса наблюдалось увеличение его интенсивности на втором и третьем годах обучения. На первом курсе средний показатель составлял $5,65 \pm 0,69$, на втором $6,85 \pm 0,57$, на третьем $7,27 \pm 0,64$ соответственно. Гигиеническое состояние полости рта к 4-му и 6-му семестру незначительно ухудшилось. Анализ результатов анкетирования образа жизни студентов показал, что наблюдалось увеличение количества курящих. На первом курсе количество курящих составляло 38 %, а на втором курсе 42 %, на третьем – 44 %. Согласно тесту Айзенка среди первого курса преобладали такие показатели как: ригидность ($1,7 \pm 0,07$ баллов), агрессивность ($1,75 \pm 0,1$ баллов). Через год отмечалось увеличение этих показателей ($1,825 \pm 0,08$ баллов), ($1,825 \pm 0,1$ баллов). К третьему курсу показатели ригидности снизились, но присутствовало увеличение степени агрессивности ($1,98 \pm 0,09$ баллов).

Выводы

Полученные данные свидетельствуют о том, что учебный процесс является стрессовым фактором, что выражается в повышении интенсивности кариеса у студентов ДВГМУ, за счет увеличения кариозных полостей. Рост индекса КПУ(з) на первых 3 курсах обусловлен отсутствием адаптации к новым нагрузкам, стрессам, изменениям режима питания, плохой мотивацией по уходу за полостью рта. Учащиеся показали более ригидное или агрессивное отношение к жизни. В этой связи для улучшения стоматологического здоровья обучающейся молодежи становится очевидной и актуальной разработка и проведение комплексной профилактики стоматологических заболеваний, включающих в себя следующие мероприятия: борьба с вредными привычками; рациональное питание; индивидуальные гигиенические мероприятия; санация полости рта; просветительская работа.

ВОССТАНОВЛЕНИЕ ЗУБОВ ШТИФТОВЫМИ КУЛЬТЕВЫМИ ВКЛАДКАМИ

М.А. Вахрушев, А.Б. Сарафанова

Научный руководитель: доц., канд. мед. наук А.Б. Сарафанова
ДВГМУ;

Стоматологическая поликлиника «Уни-Стом», г. Хабаровск

Разрушение коронковой части зуба – одна из самых актуальных проблем стоматологии. Коронка может быть значительно разрушена в результате травмы, кариозного процесса или эндодонтического лечения зуба. Подобные разрушения уже давно не являются показанием к удалению зуба, – современные технологии позволяют восстановить большинство дефектов. Основные критерии возможности реставрирования: глубина разрушения коронковой части зуба; состояние оставшихся твердых тканей корневой части зуба; состояние связочного аппарата зуба; состояние околоверхушечных тканей (верхушечного периодонта). При значительном разрушении коронковой части зуба, требующем создания культи и изготовления различных искусственных коронок, в течение многих лет врачи стоматологи-ортопеды изготавливают литые культевые штифтовые вкладки (Гураль Е.В., Доценко А.В., 2008) В то время как стоматологи-терапевты, до сих пор, восстанавливают коронковую часть зубов с помощью анкерных штифтов из-за дешевизны и простоты метода.

Целью данной работы было определить эффективность использования литых культевых штифтовых вкладок в клинике по сравнению с анкерными штифтами.

Задачи

1. Моделирование литых культевых штифтовых вкладок на фантомах.
2. Изготовление в клинике ортопедической стоматологии 8 литых культевых штифтовых вкладок.
3. Анализ 16 рентгенограмм.

Материалы. Оттискной материал, гипс, моделировочный воск, модели, стоматологические инструменты, беззольные штифты, рентгенограммы, КХС-сплавы.

Методы. Прежде чем приступить к работе в клинике мы отработали изготовление культевых штифтовых вкладок на фантомах в клинике ортопедической стоматологии. Мы учитывали основные клинические требования, предъявляемые к корню: устойчивость в лунке, отсутствие патологического процесса в периапикальных тканях, достаточная obturation пломбировочным материалом верхушечного отверстия. Корневой канал вскрывали и расширяли обычным способом с помощью специальных эндодонтических инструментов. По завершению процедуры, стенки имели правильную коническую форму, а полость ящикообразную форму. При изготовлении прямым методом литой культевой вкладки, мы использовали мо-

делировочный воск «Лавамакс». Восковая конструкция передавалась в зуботехническую лабораторию, где воск заменяли на КХС-сплав. Затем проверяли конструкцию в полости рта и фиксировали в корне готовую штифтовую культевую вкладку.

Так же мы провели анализ 16 рентгенограмм зубов, требующих восстановления коронковой части зуба. Все рентгенограммы были разделены на две условные группы. Первая группа: 8 рентгенограмм зубов культы которых восстановлена с помощью литой культевой штифтовой вкладки и вторая группа: 8 рентгенограмм зубов культы которых восстановлена с помощью анкерных штифтов.

Результаты. Исследуя рентгенограммы, мы выявили, что 6 из 8 реставраций зубов выполненных с помощью анкерных штифтов не удовлетворяют современным требованиям, а, следовательно, не могут надежно и полноценно выполнять свою функцию. Напротив, 8 из 8 зубов восстановленных с помощью литых культевых штифтовых вкладок полностью соответствуют всем параметрам, что создает условия для долгой и надежной работы зуба.

Выводы. Анкерные штифты устарели и уже не отвечают тем требованиям, которые предъявляют стоматологи и их пациенты к реставрации зубов и до сих пор применяются очень широко лишь из-за дешевизны и простоты метода. Да, возможно раньше это было спасением, поскольку качественно изготавливать коронки и вкладки могли лишь немногие. Но сейчас, когда нет недостатка ни в хороших докторам, ни в хороших зубных техниках, мы считаем, что использовать такой архаичный и ненадежный способ лечения зубов не целесообразно.

АНАЛИЗ МЕТОДОВ И ОТДАЛЕННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ ОСЛОЖНЕННЫХ ФОРМ КАРИЕСА ЗУБОВ (ПУЛЬПИТА) У ДЕТЕЙ 12-14 ЛЕТ В СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОЛИКЛИНИКЕ Г. БЛАГОВЕЩЕНСКА

А.С. Галич

Научный руководитель: д-р мед. наук, проф. А.А. Антонова
ДВГМУ, г. Хабаровск

Актуальность. Лечение зубов с осложненной формой кариеса у детей представляет собой ответственную и сложную процедуру, включающую различные методы лечения, выполнение которых должно проводиться со строгим соблюдением стандартов. В них учитывается: вид лечения, показания и противопоказания и возраст ребенка. В зависимости от групповой принадлежности, степени формирования или резорбции корней, врач-стоматолог обязан выбирать определенный метод лечения. Ампутиационный метод лечения не приемлем при полностью сформированном корне.

Следовательно, от правильного определения стадии формирования корня зуба, правильного выбора лечения осложненной формы кариеса можно ожидать благоприятные отдаленные результаты.

Цель исследования: Изучить нозологическую структуру пульпитов зубов у детей 12-14 лет и методы лечения по данным поликлиники г. Благовещенска.

Материалы и методы: Проведен ретроспективный анализ 1 100 амбулаторных карт пациентов 1998 года рождения, которые обращались по поводу лечения пульпитов зубов. Изучалась нозологическая структура пульпитов, групповая пораженности зубов и методы лечения осложненных форм кариеса. В зависимости от стадии формирования корней и отдаленных результатов лечения проводилось сравнение со стандартами.

Полученные результаты: В результате проведенного исследования была выявлена осложнённая форма кариеса зубов – пульпит в 8 % случаев. В структуре нозологических форм преобладает хронический фиброзный пульпит – 79,1 %; 12,2 % – относится к обострению хронического пульпита и 8,7 % – острый пульпит. При анализе пораженности отдельных групп зубов преобладают моляры – в 74 % случаев первые моляры, вторые премоляры – 13 %, центральные резцы – 5 %, первые премоляры и вторые моляры – 3 %, латеральные резцы – 2 %, клыки – 0 %.

При анализе методов лечения доминирует экстирпационный метод лечения – 67 %, из них витальная экстирпация составляет 15 %, девитальная – 52 %. Это соответствует возрасту детей 12-14 лет – в этом возрасте большинство групп зубов имеет сформированные корни. Ампутиационный метод составляет 28 %, из них на витальную ампутацию приходится 26 %, на девитальную 2 %. Импрегнационный резорцин-формалиновый метод отмечен – 5 %.

При оценке отдаленных результатов лечения благоприятные результаты составили 93 %, а неблагоприятные результаты выявлены в 7 % случаев: перелечивание зубов по поводу обострения хронической формы пульпитов в 6 % и удаление зуба вследствие невозможности его сохранения в 1 %. Анализируя возраст ребёнка и методы лечения в поликлинике г. Благовещенска, выявлены необоснованные расширения показаний к проведению ампутиационного метода лечения, не подтверждённые записями и рентгенологическими снимками. В возрасте 12-14 лет у детей уже сформированы корни зубов и для лечения осложненных форм кариеса необходимо применение экстирпационного метода, ампутиационный метод является в данном возрасте неактуальным. Расширение показаний обнаружено в 23 % случаев. При лечении пульпитов в 5 % случаев использовался импрегнационный резорцин-формалиновый метод, который не рекомендуется при лечении постоянных зубов.

Выводы

1. Наиболее частой осложненной формой кариеса у детей 12-14 лет является хронический фиброзный пульпит (79,1 %). Доминирующая по пораженности группа зубов – первые постоянные моляры – 74 %.
2. При лечении осложненных форм кариеса преобладает экстирпационный метод лечения – 67 %, что соответствует показаниям для лечения осложненной формы кариеса у детей 12-14 лет.
3. При анализе отдаленных результатов лечения за 2 года в 93 % случаев выявлены благоприятные результаты.
4. При сравнении стандартов методов лечения пульпитов и методов лечения по данным поликлиники г. Благовещенска выявлены в 23 % случаев необоснованные расширения показаний к проведению ампутиационного метода лечения, не подтвержденные записями и рентгенологическими снимками.

КОМПОМЕР «TWINKY STAR» В ЕЖЕДНЕВНОЙ ПРАКТИКЕ ДЕТСКОГО СТОМАТОЛОГА: ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ КОМФОРТ ВРАЧА И ПАЦИЕНТА

Э.А. Жарченко

Научный руководитель д-р мед. наук, проф. А.А. Антонова
ДВГМУ;

Стоматологическая клиника «Белый Кофе», г. Хабаровск

Актуальность темы. Компомеры нашли широкое применение в качестве эффективного, быстрого и эстетичного пломбировочного материала в детской стоматологии. Современный пломбировочный материал «Twinky Star» с эффектом блеска очень нравятся маленьким пациентам, выбор цветной пломбы позитивно настраивает ребенка на лечение, и дети забывают о страхе в кабинете стоматолога.

Цель исследования. Изучить цветовые предпочтения детей разных возрастных групп при выборе цветных пломб «Twinky Star».

Задачи исследования. Проанализировать выбор цвета компомера «Twinky Star», наиболее популярного среди детей. Провести анализ выбора цвета с учетом возрастных особенностей. На основании полученных данных выработать тактику ведения приема с максимальным психологическим комфортом для ребенка.

Материалы и методы. На базе стоматологической клиники «Белый Кофе» совместно с психологом проведено анкетирование детей с 2 до 10 лет, впервые обратившихся в клинику с целью профилактического осмотра или санации. В исследовании участвовали 300 детей, цветные пломбы ставились на молочные моляры (по I и II классу). Количество мальчиков и девочек в каждом возрастном периоде распределялось равномерно. Сидя в

стоматологическом кресле, ребенок выбирал цвет будущей пломбы с помощью цветовой палитры, входящей в набор «Twinky Star», результат фиксировался в амбулаторной карте. После проведения лечения пациент в игровой комнате проходил анкетирование с психологом.

Результаты. В раннем возрасте (от 1 до 3 лет) доминирующий цвет – розовый. Это связано с тем, что розовый цвет является цветом детства, дети в данном возрасте психологически тянутся к розовому. В дошкольном возрасте (от 3 до 7 лет) не удастся выявить конкретного доминирующего цвета. Именно в этом возрасте начинает формироваться вкусовые предпочтения, черты характера, индивидуальность. Период младшего школьного возраста (от 7 до 12 лет) – эти дети более старшие, их начинает волновать эстетика, всё ли в их внешности соответствует принятым стандартам, с этим связано доминирование белого цвета при выборе пломбы.

Выбор тактики поведения врача на приеме в зависимости от выбранного цвета пломбы:

1. Белый цвет: дети самостоятельны, открытые, иногда категоричны в своих действиях. Часто этот цвет предпочитают дети при любых коренных изменениях в жизни. Врачу стараться во всем поддерживать, укреплять с ними партнерские взаимоотношения.

2. Розовый цвет: эти дети нежные, романтичные, легко, мечтательны и любопытны. Легко скачут с одного увлечения на другое. Тактика поведения врача – управлять этим непостоянным ребенком, но не нравоучениями, а посредством игры, превращать лечение зубов в приключение.

3. Фиолетовый цвет: эти дети ранимы, обладают развитым воображением, эгоцентричны, внушаемы, легко впадают в гнев, обиду, а также в радость и восторженность, капризны и прихотливы. Врачу нужно гасить возбудимость ребенка, не давать ему впадать в отчаяние, проводить лечение в достаточно динамичном режиме, занять ребенка рассказом, сгладить ранимость.

4. Лимонный и золотой цвета: эти дети интеллектуальны, предрасположены к творчеству, мечтатели и фантазеры, выдуманное для них важнее реальности. Таких детей нужно активно вовлекать в лечебный процесс, всё показывать и рассказывать, а их бурная фантазия будет врачу только в помощь.

5. Зеленый цвет: дети умны и интеллектуальны, всему находят объяснение, логичны, аккуратны, смело ведут себя в незнакомой обстановке, обидчивы. Врачу необходимо проявлять больше ласки, открытости, вызывать интерес маленького пациента к сотрудничеству, создавать оптимистичный настрой.

6. Оранжевый цвет: дети очень возбудимы, на них может напасть беспричинное веселье или раздражительность, многое им быстро кажется скучным. Врачу нужно увлечь ребенка рассказом либо мультфильмом, по-

строить деловые, партнерские отношения и максимально быстро, но качественно сделать свою работу.

7. Синий цвет: уравновешенные, слегка флегматичные дети, обстоятельны, делают все не спеша, медлительны, любят порядок во всем. Самые «лёгкие» детки для врача-стоматолога, с ними легко договориться, ничего не замечают вокруг себя, концентрируясь на рассказе или мультике.

Выводы: В различных возрастных периодах доминирующий цвет пломбировочного материала варьирует. Это зависит от степени мышления и восприятия ребенка самого себя. Выбор цвета пломбировочного материала является отражением характера ребенка и обуславливает тактику поведения врача для создания максимального психологического комфорта. Тактика поведения и тактика лечения выбирается в связи с цветом пломбировочного материала. Если ребенок сам, без давления родителей, выбирает цвет, врачу необходимо прислушиваться к выбору и строить свои взаимоотношения на знании психологии такого ребенка, более легко войти в контакт с ним.

ИСКУССТВЕННОЕ ВСКАРМЛИВАНИЕ И ЕГО РОЛЬ В ФОРМИРОВАНИИ ЗУБОЧЕЛЮСТНОЙ СИСТЕМЫ

Ю.В. Кадукова, Т.А. Ставер, А.Н. Мизинина

Научный руководитель: канд. мед. наук, доцент А.В. Чабан
ДВГМУ, г. Хабаровск

Рост и развитие зубочелюстной системы находятся под влиянием множества экзогенных и эндогенных факторов. Особое место занимает тип вскармливания, ведь самой первой и основополагающей нагрузкой на зубочелюстную систему человека является нагрузка, возникающая при осуществлении функции сосания. Данная нагрузка способствует развитию зубочелюстной системы, в особенности челюстей, мышц дна ротовой полости, языка с окружающими мышцами и мимической мускулатуры. Нарушение миодинамического равновесия приводит к формированию зубочелюстных аномалий, возникающее, в первую очередь, при искусственном вскармливании. В последние годы во всем мире наблюдается тенденция к замене естественного вскармливания на искусственное. По данным официальной статистики Минздравсоцразвития РФ количество малышей-искусственников к концу 1-го месяца жизни – 11,6 %; в 3 месяца – 28,2 %; в возрасте 6 месяцев каждый второй ребенок (46,1 %) находится на искусственном вскармливании.

Цель исследования: определить частоту возникновения аномальных видов прикуса у детей, находящихся на искусственном вскармливании и разработать рекомендаций по профилактике зубочелюстных аномалий.

Задачи. Выявить распространенность и проанализировать структуру различных видов патологии прикуса у детей, находящихся на искусственном вскармливании. Разработать профилактические рекомендации по правильной организации искусственного вскармливания.

Материалы и методы исследования. Обследовано 68 детей обоего пола в возрасте от 3 до 7 лет на базе Стоматологической поликлиники ГБУЗ «Корякская окружная больница», а также на базе МКДОУ Детский сад № 2 пгт. Палана. Состояние зубочелюстной системы оценивалось путем клинического обследования, изучения диагностических моделей. С целью выявления причин возникновения зубочелюстных аномалий – было проведено анкетирование родителей. Из обследуемых: 37 детей – находились до 1 года на естественном вскармливании; 31 ребенок – на искусственном вскармливании. Данная группа была подразделена на возрастные подгруппы: до 3 месяцев, с 3 месяцев до 1 года. Полученные результаты обрабатывались статистическим методом.

Результаты исследования. У 68 обследованных детей распространенность зубочелюстных аномалий составила 42,6 %. При этом, большая доля зубочелюстных аномалий приходится на группу детей, находящихся на искусственном вскармливании – 61,3%, что практически в 2,5 раза превышает показатель детей, находившихся на естественном вскармливании (27 %). Если учитывать возраст, на котором ребенок был переведен на искусственное вскармливание, то выявляется закономерность: чем ранее происходил переход, тем большее количество аномальных видов прикуса выявлялось. Таким образом, у детей, искусственное вскармливание которых было введено до 3 месяцев – распространенность зубочелюстных аномалий составила 39 %, с 3 месяцев до 1 года – 22 %. Среди обнаруженных аномалий зубочелюстной системы: превалировала дистальная окклюзия зубных рядов – 52,5 %; на втором месте глубокий прикус – 26,4 %; и равные показатели по частоте встречаемости перекрестного прикуса и открытого прикуса – 10,5 %.

Выводы

1. Частота возникновения зубочелюстных аномалий выше у детей раннего возраста, находящихся на искусственном вскармливании (61,3 %).
2. Более ранний переход на искусственное вскармливание повышает риск развития зубочелюстных аномалий.
3. В структуре аномалий прикуса у детей раннего возраста, находящихся на искусственном вскармливании превалирует дистальная окклюзия (52,6 %) и глубокий прикус (26,4 %).

Практические рекомендации: Для беременных женщин и молодых родителей обучение правильной организации искусственного вскармливания: применение физиологической соски; правильное положение головы при вскармливании; в процессе роста ребенка своевременная замена размера соски; к возрасту 1 года прекращение использования пустышек. Для

стоматологов-ортодонт, ЛОР-врачей, педиатров – диспансерное наблюдение детей грудного и ясельного возраста 1 раз в 3 месяца. Проведение активной санитарно-просветительской работы среди родителей, женщин пубертатного возраста, педиатров, патронажных медсестер, семейных врачей, стоматологов и ЛОР-врачей по правильной организации искусственного вскармливания с целью предупреждения формирования аномалий зубочелюстной системы.

УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ МЕЖДИСЦИПЛИНАРНОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ РАБОТЫ ВРАЧА-ОРТОДОНТА И ЛОГОПЕДА НА ТЕРРИТОРИИ ДВФО

Ю.В. Кадукова, А.Н. Мизинина, Т.А. Ставер

Научный руководитель: канд. мед. наук, доцент А.В. Чабан

ДВГМУ, г. Хабаровск

Актуальность. Статистические данные отечественных и зарубежных исследований указывают, что недостатки произношения имеются у 25-30 % детей дошкольного возраста (4-6 лет), у 17-20 % детей школьного возраста (1-2-й класс). У детей более старшего возраста недостатки произношения занимают не более 1 % (А.Г. Прытко). Также за последние два десятилетия количество зубочелюстных аномалий и деформаций среди детского населения значительно увеличилось: с 50 % (Ю.М. Малыгин, Ф.Я. Хорошилкина, 1982) до 65-70 % (М.П. Водолацкий).

Цель: усовершенствовать междисциплинарное взаимодействие работы врача-ортодонта и логопеда на территории ДВФО.

Задачи. 1. Выявить распространенность ЗЧА и наличие вредных привычек у детей 4-7 лет на территории ДВФО. 2. Выявить распространенность механической дислалии у детей 4-7 лет. 3. Определить уровень знаний логопедов ДВФО об особенностях артикуляционного аппарата. 4. Определить уровень знаний родителей о норме и патологии в строении артикуляционного аппарата. 5. Усовершенствовать логопедическую службу на территории ДВФО.

Материалы и методы исследования: проведено стоматологическое обследование 265 детей в возрасте 4-7 лет в детских садах комбинированного типа и стоматологических поликлиниках на территории Приморского края, Амурской области, Еврейской автономной области, Хабаровского края. Проанкетировано 125 родителей и 55 логопедов. Полученные результаты обрабатывались статистическим методом.

Результаты и обсуждение. При изучении распространенности зубочелюстных аномалий, деформаций и дефектов звукопроизношения у дошкольников ДВФО мы получили данные говорящие о том, что среди вредных привычек наиболее распространенной является инфантильный тип глота-

ния – 87 %, а у детей с наличием механической дислалии преобладает глубокий прикус – 83,42 %. Уровень знаний логопедов ДВФО об особенностях артикуляционного аппарата, в том числе роста и строения ЗЧС оценивался с помощью анкетирования с определенным набором вопросов. Так на вопрос: «Направляете ли Вы пациентов на консультацию к врачу-ортодонт?» лишь 53 % дали положительный ответ. Уровень знаний родителей о норме и патологии в строении артикуляционного аппарата и в становлении речи ребенка также оказался невысоким. На вопрос о влиянии неправильной осанки на формирование ЗЧС только 54,2 % родителей ответили положительно. На вопрос «Влияет ли положение ребенка во время сна на формирование ЗЧС?» утвердительно ответили лишь 34,42 % респондента.

Выводы

1. Выявлена высокая распространенность ЗЧА и вредных привычек у детей 4-7 лет 141 чел. (53,2 %). 2. Выявлена высокая распространенность механической дислалии 169 чел. (63,7 %) в детских дошкольных учреждениях на территории ДВФО. 3. Анкетирование логопедов показало относительно хороший уровень знаний, но не достаточный для профессионального оказания логопедической помощи. В связи с чем, нами были разработаны специальные информационные буклеты для усовершенствования профессионализма логопедов «Профилактика зубочелюстных аномалий и механических дислалий». В буклетах изложены закономерности о норме и патологии зубочелюстной системы и механических дислалий. Отображены основные аспекты зубочелюстного и речевого аппарата. 4. Анкетирование родителей отразило низкий уровень знаний о норме и патологии в строении артикуляционного аппарата. Для решения данной проблемы нами разработаны информационные буклеты для родителей, в виде памятки с наглядными картинками и кратким доступным для понимания описанием основных вредных привычек у детей, их влиянии на здоровье ребенка. 5. Только совместная деятельность логопедов, врачей-ортодонт и родителей позволит более эффективно и качественно решить проблему реабилитации пациентов с аномалиями зубочелюстной системы и механическими дислалиями. Для этого нами планируется к 2015 году разработать методическое пособие и компьютерную обучающую программу для логопедов и врачей-ортодонт.

НЕКОТОРЫЕ ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ ВОПРОСЫ ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ ПРИ АНОМАЛИЯХ ПРОРЕЗЫВАНИЯ ЗУБОВ

Ю.М. Киреева

Научный руководитель: канд. мед. наук, доц. Ф.И. Тарасова

ДВГМУ, г. Хабаровск

Улыбка – самая частая и приятная эмоция лица человека, это основа свободного общения. Стремясь к достижению идеальной улыбки, люди, в первую очередь, обращают внимание на состояние зубов. Желание исправить, улучшить эстетику лица заставляет пациентов обращаться к врачам-стоматологам разного профиля, особенно к стоматологу-отродонту. В связи с этим стали больше или чаще выявлять патологию прорезывания зубов у детей и взрослых. Для врача хирурга-стоматолога появилась новая задача быть готовым к оказанию хирургической помощи пациентам с аномалиями прорезывания зубов.

Целью нашего исследования явилось изучение структуры и частоты патологии, связанной с аномалиями прорезывания зубов и потребность в специализированной хирургической помощи этим пациентам.

Задачи

1. Провести анализ медицинской документации (журнал регистрации пациентов в хирургическом кабинете, амбулаторные карты и рентгенограммы больных) для определения частоты распространения патологии прорезывания зубов в период с 2009 по 2012 год в целом и по каждой группе зубов.

2. Определить корреляцию между возрастом пациентов и группами зубов с аномалиями прорезывания.

Материалы и методы: по данным стоматологической поликлиники № 2 г. Комсомольска-на-Амуре с 2009 по 2012 год всего было оказано плановой и экстренной хирургической помощи 178 пациентам, из них детей и взрослых примерно одинаковое количество.

Исследование показало, что больше всего было тех пациентов, которым потребовалось удаление 48, 38 зубов. Необходимо заметить, что именно они представляют самые непредсказуемые сложности во время операции, что требует от врача особой подготовки.

Из всех только 22,5 % пациентов из них обратились самостоятельно. Все остальные направлены врачами стоматологами (78,5 %).

У 8 детей в возрасте от 7 до 18 лет были обнаружены нарушения расположения зубов в зубном ряду. Наиболее частая причина этой патологии – раннее удаление молочных зубов (42,9 %), несколько реже причиной явились вредные привычки (39,8 %), и наименьшее количество было связано с воспалительным заболеванием и травмой в области альвеолярного отростка (17,3 %). Учитывая, что мы выявили у всех пациентов только на-

рушение расположение зуба в зубной дуге, то все указанные причины могут влиять на развитие этой патологии.

Результаты исследования и их обсуждение. При изучении амбулаторных карт пациентов стоматологической поликлиники № 2 было установлено, что в экстренной помощи с осложнениями патологии прорезывания зубов обратились 40 пациентов. В основном это были перикоронориты 38, 48 зубов. В качестве лечебных мероприятий по оказанию экстренной помощи 22 пациентам было проведено рассечение мягких тканей над третьим моляром, и только у 8 пациентов было проведено удаление зубов. Учитывая этот факт, такие пациенты будут повторно обращаться за помощью и для окончательного решения вопроса о сохранении зуба необходимо плановое рентгенологическое исследование.

В ходе изучения ортопантограмм было установлено, что расположение зуба вне зубного ряда происходит преимущественно в результате нарушения последовательности и сроков прорезывания зубов; чаще всего наблюдается смещение нижнего, реже верхнего третьего моляра, верхних и нижних премоляров, клыка и нижних резцов.

Нами выявлено, что количество обратившихся за хирургической помощью в указанные годы увеличилось – так в 2009 году удаления были проведены у 18 пациентов, в 2010 – у 28 пациентов, в 2011 – у 58 пациентов, а в 2012 – у 74 пациентов. Рост абсолютного количества пациентов можно объяснить, во-первых, доступностью обследования. Во-вторых, улучшилось качество оказания помощи в поликлиники № 2 г. Комсомольска-на-Амуре.

Выводы

1. Абсолютное число пациентов, нуждающихся в помощи при патологии прорезывания зубов за последние годы увеличилось.
2. Улучшилась и стала возможна диагностика патологии зубочелюстной системы с использованием дентальной рентгенографии, ортопантографии, телерентгенографии, трехмерной компьютерной томографии, конусно-лучевой томографии.
3. Возросла доступность необходимого ортодонтического лечения.
4. Патология прорезывания зубов требует от врача хирурга-стоматолога знаний возрастных изменений зубочелюстной системы и соответствующего опыта, что требует постоянного обучения и повышения квалификации.

РАСШИРЕНИЕ ДИАГНОСТИЧЕСКИХ ВОЗМОЖНОСТЕЙ В СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ С ПОМОЩЬЮ ТРЕХМЕРНОЙ ДЕНТАЛЬНОЙ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ

С.В. Комогорцева

Научный руководитель: д-р мед. наук, проф. Ю.М. Глухова
ДВГМУ, г. Хабаровск

Актуальность. Рентгенологическое исследование постоянно используется во всех направлениях стоматологии при диагностике большинства заболеваний. Не так давно в амбулаторной стоматологической практике появилась новая диагностическая методика – трехмерная дентальная компьютерная томография. Данный метод исследования существенно расширяет возможности рентгенологической диагностики, так как позволяет увидеть рентгеновское изображение анатомической структуры и патологические изменения корней и каналов зубов, альвеолярных отростков челюстей и верхнечелюстных пазух в трех проекциях: фронтальной, сагиттальной и трансверзальной. Соответственно, помогая врачу стоматологу правильно поставить диагноз и провести лечение.

Материалы и методы исследования. На базе частной стоматологической клиники г. Хабаровска исследовано 48 пациентов с различными патологиями; для уточнения диагноза и последующего планирования лечения данным пациентам была сделана трехмерная дентальная компьютерная томография.

Результаты исследования: в терапевтической стоматологии с помощью трехмерного дентального томографа у 6 пациентов выявлены нетипичная анатомия корней зубов и облитерация каналов, у 3 пациентов установлено точное расположение отломка эндодонтического инструмента, у 2 пациентов выявлена перфорация стенок полости зуба/корневых каналов, у 2 пациентов диагностированы воспалительные процессы в периапикальных тканях.

В хирургической стоматологии у 15 пациентов трехмерная дентальная томография сделана с целью определения состояния костной ткани челюстей, для дальнейшего проведения дентальной имплантации; у 3 пациентов выявлены дистопия и ретенция зубов «мудрости», у 4 пациентов – наличие патологического образования (кисты)

В ортодонтии у 5 пациентов определено наличие ретенированных зубов, у 3 пациентов выявлено отсутствие зачатков зубов, у 2 – неправильное расположение зачатков, у 3 пациентов – сверхкомплектные зубы. Трехмерная дентальная томография позволила оценить реальное расположение ретенированных зубов во фронтальной, сагиттальной, трансверзальной плоскости, определить расположение их по отношению к верхнечелюст-

ным пазухам, расстояние между зубами антагонистами, угол наклона, дефицит места, степень резорбции кости со всех сторон.

Выводы

1. Возможности трехмерной дентальной томографии позволяют с большей достоверностью оценить особенности анатомического строения корневых каналов зубов, альвеолярных отростков челюстей, выполнить детальную оценку периапикальных тканей (периодонта, пародонта), топографо-анатомическое соотношение окружающих структур челюстно-лицевой области.

2. На основании данных трехмерной дентальной томографии возможны планирование и выбор оптимальных комбинаций средств, консервативных и оперативных методов лечения различных патологий

3. Использование трехмерной дентальной томографии в практике врача стоматолога свидетельствует о высокой информативности методики и возможности повышения эффективности и качества лечения

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ И ЛЕЧЕНИЯ ГНОЙНОЙ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ИНФЕКЦИИ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

С.В. Комогорцева

Научный руководитель: д-р мед. наук, проф. Н.Г. Бобылев

ДВГМУ, г. Хабаровск

Актуальность. Изучение особенностей течения гнойной инфекции у стоматологических больных, страдающих сахарным диабетом, в настоящее время приобрело большую актуальность. Это связано, прежде всего, с постоянно увеличивающимся числом людей, имеющих это заболевание, в связи с постарением населения. Клинические аспекты этой проблемы обусловлены увеличением частоты гнойно-воспалительных процессов и возрастанием летальности среди больных сахарным диабетом

Методы и материалы. На базе Городской больницы № 2 им. Д.Н. Матвеева было исследовано 25 больных с патологией сахарного диабета и наличия гнойной стоматологической инфекции. Из них: женщин – 15 в возрасте от 45 до 72, мужчин – 10 в возрасте от 26 до 50.

Результаты исследования. У 23 больных сахарный диабет 2-го типа (87 %), у 2 больных сахарный диабет 1 типа (13 %).

Из данных больных, исследовали 3 больных с наиболее ярким течением гнойной инфекции на фоне сахарного диабета: из них 2 больных с сахарным диабетом 2-го типа (инсулиннезависимым) и 1 больной с сахарным диабетом 1-го типа (инсулинзависимым).

У исследуемых пациентов было отмечено тяжелое течение гнойной стоматологической инфекции. Отмечалось быстрое развитие гнойно-

некротического процесса в мягких тканях на фоне выраженной гипергликемии (12,5-26,7 ммоль/л), глюкозурии и явлений прекоматозного состояния. Нарушения обмена, гипоксия и аутоиммунные процессы существенно влияли на развитие макро- и микроангиопатии. Поражение стенки сосудов приводило к снижению ее проницаемости, существенно ухудшая тканевой и мышечный кровоток. Отмеченные патогенетические нарушения, происходящие у больных сахарным диабетом, существенно утяжеляли течение гнойной стоматологической инфекции

Лечение больных проводилось в несколько этапов.

1. Прежде всего, под контролем эндокринолога провели коррекцию нарушений углеводного обмена. При этом таблетированные препараты и инсулины продленного действия заменили на быстродействующий инсулин

2. Операцию выполняли под общим наркозом. Основным правилом операции у данных больных является радикальное удаление гнойно-некротических масс. Для этого использовали достаточно широкий оперативный доступ, максимально возможную некрэктомию, санацию раны раствором антисептиков (фурацилин, диоксидин), дренирование раны полихлорвиниловыми трубками и проточное длительное ее промывание. По показаниям, использовали в одном случае первичный ранний шов, в двух случаях – отсроченный ранний шов. Такая активная хирургическая тактика способствовала ускорению I и II фаз раневого процесса и одновременно благоприятно влияла на течение сахарного диабета, который быстро приобретает компенсированную форму.

После операции инсулин отменяли постепенно, снижая дозу препарата под контролем содержания сахара в крови и моче, стремясь перевести пациента на инсулины пролонгированного действия.

Выводы

1. Сахарный диабет распространенное заболевание среди населения. Он был выявлен у 7 % госпитализированных с гнойно-воспалительными процессами.

2. Среди исследуемых пациентов преобладает сахарный диабет 2-го типа – 87 %.

3. При сахарном диабете резко снижается иммунологическая и неспецифическая антимикробная защита, в результате приводящая к гнилостно-некротическим изменениям

4. Хирургическое лечение больных сахарным диабетом должно проводиться в несколько этапов: 1) коррекция углеводного обмена; 2) радикальное удаление некротизированных тканей; 3) обязательное дренирование раны; 4) назначение антибактериальной и десенсибилизирующей терапии. Важным звеном к выздоровлению пациента является его своевременное обращение за медицинской помощью, на ранних этапах болезни.

НАИБОЛЕЕ РАСПРОСТРАНЕННЫЙ ВИД АНЕМИИ: ПРИЧИНЫ, ПРОЯВЛЕНИЯ В ПОЛОСТИ РТА

С.В. Комогорцева, Д.А. Софронова

Научный руководитель: д-р мед. наук, проф. С.С. Рудь

ДВГМУ, г. Хабаровск

Актуальность. Существование тесной анатомо-физиологической взаимосвязи слизистой оболочки полости рта (СОПР) с различными органами и системами организма, и прежде всего с органами кроветворения. Проявления в полости рта при заболеваниях крови могут быть либо симптомами, типичными для той или другой нозологической группы болезней крови, либо признаками осложнений, обусловленных вторичными гиповитаминозами, нарушениями обмена веществ или следствием применения лекарств.

Цель: выявить наиболее часто встречающийся вид анемии в городской больнице № 11, установить причину анемии, выявить основные проявления в полости рта при наиболее часто встречающемся виде анемии.

Материалы и методы. Учебно-исследовательская работа проводилась на базе Городской больницы № 11. Для оценки выявления наиболее часто встречающегося вида анемии и установления основных проявлений анемии в полости рта было обследовано 52 человека в возрасте от 25 до 75 лет, поступивших в ГБ № 11 с диагнозом анемия: из них женщины – 37 в возрасте от 25 до 60 (средний возраст 42 года), из них мужчины – 15 в возрасте от 30 до 75 (средний возраст 52,5 года).

Результаты исследования. Железодефицитная анемия в 81 % случаев, В12 (фолиевая) в 10 % случаев, гемолитическая в 6 % случаев, апластическая в 3 % случаев.

В 50 % случаев причиной железодефицитной анемии стала язвенная болезнь желудка и 12 кишки, 34 % случаев кровотечения, в 12 % случаев гастрэктомия, в 4 % случаев алиментарный недостаток железа.

Бледность СОПР наблюдалась в 100 % случаев, ангулярный хейлит (заеда) – 56 %, кровоточивость десен – 23 %, атрофия сосочков языка – 10 %, парестезии языка – 3 % (жжение, покалывание, распирание, пощипывание языка), сухость в полости рта – 8 %. Изменения твердых тканей зубов при железодефицитной анемии выражаются в нарушении цвета эмали – 38 %, на поверхности эмали можно обнаружить множественные трещины – 5 %, декомпенсированная форма кариеса – 52 %, патологическая стираемость зубов – 5 %.

Выводы

За время исследования выявлено 52 больных с анемиями различного генеза. Наиболее часто встречающаяся анемия – железодефицитная (81 % случаев), установлены наиболее часто встречающиеся проявления железодефицитной анемии в полости рта: бледность СОПР, кровоточивость де-

сен, атрофия сосочков языка, парестезия языка, сухость в полости рта. Исследованы твердые ткани зубов при железодефицитной анемии, выявлено: нарушение цвета эмали, множественные трещины, декомпенсированная форма кариеса, патологическая стираемость зубов.

ЭТИОЛОГИЯ И РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ РАЗЛИЧНЫХ ВИДОВ ПИГМЕНТИРОВАННОГО ЗУБНОГО НАЛЕТА У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО И ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТОВ

Т.Р. Кузьмичёва

Научный руководитель: канд. мед. наук, доц. И.Г. Гончарик

ДВГМУ, г. Хабаровск

Пигментированный зубной налет у детей встречается в 19,00-35,16 % случаев. Этот вид зубных отложений чаще выявляется у детей, имеющих кариес зубов (44,69), в сравнении с детьми с интактными зубами (29,76 %). Пигментированный налет у двухлетних детей выявлен в 62 % случаев, а у детей с интактными зубами – в 26,79 % (Дубицка И.С.).

При наличии пигментированного зубного налета у детей в возрасте от 2 до 10 лет выявлена распространенность кариеса зубов 68 % при интенсивности 2,9 (Щеглова В.Д., Бояркина Е.С.).

Цель исследования: выявить причины распространенности возникновения пигментированного налета у детей дошкольного и школьного возрастов г. Хабаровска на базе КГБУЗ ДСП № 22.

Объект и методы исследования. Обследовано 100 детей в возрасте от 2 до 10 лет, которые проходят лечение в КГБУЗ ДСП № 22 г. Хабаровска, проведен осмотр полости рта, беседа с родителями, выявлен анамнез жизни. Определение соматического статуса и индекса гигиены по Грину – Вермильону у обследуемых детей.

Результаты исследования. Анализ результатов обследования показал, что пигментированный зубной налет был выявлен у 67 % детей из 100 % обследуемых. Из числа детей с пигментированным налетом кариес обнаружен у 55,2 %. При проведении индекса гигиены (по Грину-Вермильону) и распространенности кариеса у детей с различными видами пигментированного зубного налета можно проследить следующую зависимость:

Чем темнее зубной налет, тем он плотнее прилежит к зубу, и так как в его состав входит слущенный эпителий, клетки лейкоцитов, остатки микроорганизмов, он менее агрессивен, при этом распространенность кариеса ниже, и индекс гигиены лучше. Напротив светлый налет относится к мягким зубным налетам и образуется у каждого человека за ночь или в течение дня. Такой налет состоит из остатков пищи, частиц слизистой оболочки и различных бактерий, является более агрессивным, распространенность кариеса выше и индекс гигиены хуже.

Из анамнеза выявлено у 44,8 % детей – заболевания ЖКТ, на 2-м месте 25,4 % – плохая гигиена полости рта, на 3-19 % – заболевания почек способствует образованию зубного налета, а так же стимулом образования пигментированного зубного налета является применение антибиотиков.

Выводы

1. У детей в возрасте от 2 до 10 лет пигментированный зубной налет встречается в 67 % случаев. Среди них чаще всего встречается черный зубной налет – 44,8 %.

2. Чем темнее пигментированный зубной налет, тем выше индекс гигиены и ниже распространенность кариеса, напротив, чем светлее пигментированный зубной налет, тем ниже индекс гигиены и выше распространенность кариеса.

3. Среди детей с пигментированным налетом кариес был обнаружен у 37 человек. Распространенность кариеса по видам пигментированного зубного налета составил: черный зубной налет 26,6 %; темно-коричневый 61,5 %; оранжевый 100 %; желтый 80 %; белый 82 %.

4. Причинами возникновения пигментированного зубного налета в большинстве случаев являются соматические заболевания ЖКТ, почек, легких.

ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ И АНАЛИЗ ТЕОРЕТИЧЕСКИХ ЗНАНИЙ НЕОТЛОЖНЫХ СОСТОЯНИЙ НА СТОМАТОЛОГИЧЕСКОМ ПРИЕМЕ

Е.А. Куликова, Д.О. Рябцев

Научные руководители: д-р мед. наук, проф. С.С. Рудь.,

д-р мед. наук, проф. Ю.М. Глухова

ДВГМУ, г. Хабаровск

Стоматологические манипуляции могут вызвать различные неотложные состояния, такие как острые заболевания сердечно-сосудистой системы, приступ бронхиальной астмы, лекарственную аллергию, коматозные состояния при сахарном диабете, острые неврологические состояния. При этом сопутствующая соматическая или психоневрологическая патология усугубляет течение данных состояний. Развитие неотложных состояний в стоматологическом кресле на амбулаторном приеме требует от врача немедленной реакции – оказание первой медицинской помощи. Поскольку приезд бригады скорой медицинской помощи отсрочен во времени врач-стоматолог должен быть компетентен в вопросах неотложных состояний и уметь оказывать первую помощь ради спасения жизни пациента.

Материалы и методы. С целью выявления теоретической осведомленности по неотложным состояниям среди студентов стоматологического факультета ДВГМУ и практикующих врачей-стоматологов различных спе-

специализаций был проведен анкетный метод исследования. Для достижения поставленной цели было проанкетировано 250 человек, из которых 128 человек составили студенты 3 и 4 курсов стоматологического факультета ДВГМУ и 122 человека – практикующие врачи-стоматологи государственных и частных клиник г. Хабаровска.

Результаты исследования: из 122 практикующих врачей-стоматологов со стажем более 5 лет с неотложными состояниями столкнулись 39 врачей (32 %). Из них 14 врачей (37 %) сталкивались с различными аллергическими реакциями на введение анестетика; 32 % (12 врачей) – с гипертоническим кризом; 15 % (6 врачей) – с обмороком; 9 % (4 врача) с гипогликемическим состоянием; 7 % (2 врача) с коллапсом; 3 % (1 врач) с анафилактическим шоком.

Из 122 проанкетированных врачей 58 % (71 врач) составили терапевты, 18 % (22 врача) – ортопеды, 22 % (26 врачей) – хирурги, 2 % (3 врача) – ортодонты. Тонометры имелись у 60 терапевтов (85 %), 4 ортопедов (18 %), 23 хирургов (89 %), отсутствовали у ортодонтов. Укомплектованная аптечка «анти-шок» была у 65 терапевтов (92 %), 20 ортопедов (91 %), 25 хирургов (96 %), 1 ортодонта (33 %). Портативные электрокардиографы и глюкометры отсутствовали у всех.

Среди студентов 96 % (122 человека) считают, что самым часто встречаемым экстренным состоянием является анафилактический шок, но адекватные теоретические знания по оказанию неотложной помощи при этом состоянии имеют лишь 17 % (21 человек). Наибольшие затруднения у студентов вызывало описание алгоритма оказания помощи при гипертоническом кризе (84 %), анафилактическом шоке (83 %) астматическом статусе (78 %).

Выводы: таким образом, частота встречаемости неотложных состояний составила 32 %, что не превышает среднестатистических показателей.

Уровень теоретических знаний врачей и оснащенность стоматологических клиник препаратами и аппаратами позволяет оказывать стоматологическую помощь на достаточно высоком уровне, но в ряде случаев требуется приобретение дополнительного оборудования (тонометры, глюкометры, портативные электрокардиографы) и доукомплектовка аптечки «анти-шок».

Осведомленность студентов в вопросе оказания неотложной помощи пациентам на стоматологическом приеме оказалась недостаточной. Однако сами студенты осознают этот факт и стремятся к повышению уровня своих знаний.

**ПОВРЕЖДЕНИЯ ТВЁРДЫХ ТКАНЕЙ
В СИСТЕМЕ КОРНЕВОГО КАНАЛА ЗУБА КАК СЛЕДСТВИЕ
ПРЕДОБТУРАЦИОННОЙ ОБРАБОТКИ
ПРИ ЭНДОДОНТИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ОСЛОЖНЁННЫХ
ФОРМ КАРИЕСА**

А.В. Ларинская

Научные руководители: канд. мед. наук., доц. А.Н. Евсеев;

д-р мед. наук, проф. А.В. Юркевич

ДВГМУ, г. Хабаровск

Актуальность. На сегодняшний день количество неудачных исходов лечения корневых каналов зубов остается высоким, так по данным Н.Н. Божанова, причиной развития флегмон в области лица и шеи в 98-99 % случаев является некачественное лечение зубов с периодонтитом. Современная эндодонтия имеет в своем арсенале высокоэффективные методы инструментальной обработки корневых каналов. Несмотря на это, в эндодонтической практике нередко развивается повторное хроническое воспаление в периодонте после лечения пульпитов и периодонтитов (Джузеппе Кантаторе, Университет Вероны (Италия), кафедра эндодонтии, 2011).

Цель работы. Выявить повреждения твёрдых тканей в системе корневого канала зуба возникшие в процессе предобтурационной обработки, при эндодонтическом лечении осложнённых форм кариеса.

Материалы и методы. Исследовано 30 зубов удаленных по поводу периодонтита фиброзного хронического, ранее не подвергавшихся эндодонтическому лечению, все исследуемые зубы разделены на 3 группы в зависимости от способа обработки корневых каналов. Каждая группа представлена 10 зубами (корнями). Все корневые каналы обрабатывались по стандартной методике: препарирования твёрдых тканей, определения топографии, длины корневого канала, инструментальной (механической) обработки по методике Crown down с формированием апикального упора и конусности. Медикаментозную обработку системы корневого канала провели по общепринятой методике с применением препаратов ЭДТА и стабилизированного раствора гипохлорита натрия с активацией ирригирующих растворов ультразвуком. В первой группе корневые каналы обрабатывали стандартным методом. Во второй группе корневые каналы дополнительно обработали диодным лазером SIROLaser фирмы Sirona (Германия) с длиной волны 980 нм, в течение 20 секунд. В третьей группе корневые каналы дополнительно обработали аппаратом для стерилизации системы корневого канала зуба – UVC облучение с длиной волны 254-257 нм, в течение 20-45 секунд (Патент на полезную модель № 131609, А61С19/06 от 10. 09. 2012 г.).

Далее выполнена фиксация исследуемого материала в 10 % формалине с последующей деминерализацией твёрдых тканей, заливкой и приго-

товлением целлоидиновых срезов зубов. Микроскопия осуществлялась посредством отечественного микроскопа МБИ-6, двух поляризационных фильтров, один из которых выполнял, роль поляризатора, а другой анализатора.

Результаты. Модифицированный слой детрита, очаги микробизма выявлены в 50 % исследуемого материала в группе № 1 и по 20 % в остальных группах. Участки повреждения дентинных канальцев – в виде микротрещин отмечены у 60 % в группе № 2, очаги дистрофического обызвествления диагностированы во всех исследуемых группах в равном процентном соотношении – 40.

Выводы. По результатам гистологических исследований видно, что формирование структурных повреждений твёрдых тканей корневых каналов на предобтурационном этапе обработки, а именно: модифицированный слой детрита, очаги микробизма, участки повреждения дентинных канальцев в виде микротрещин, прямо зависят от источника облучения, его длины волны и времени воздействия на стенку корневого канала зуба. Наличие очагов дистрофического обызвествления в %, являются проявлением хронического воспалительного процесса в системе корневого канала зуба и не зависят от способа обработки твёрдых тканей зубов.

Важно учитывать возможность появления структурных повреждений твёрдых тканей в системе корневого канала зуба на предобтурационном этапе эндодонтического лечения для того, чтобы избежать отсроченных осложнений, от которых зависит дальнейшее функциональное состояние зуба в зубочелюстной системе. Структурные повреждения твёрдых тканей в системе корневых каналов зуба на предобтурационном этапе – одна из основных причин формирования очагов воспалительного процесса в постобтурационный период, где контрольная рентген диагностика не может констатировать наличие возникших осложнений. Только в отдаленные сроки после лечения, когда уже формирование патологического процесса в заапекальных тканях будет иметь место, рентгенологическое исследование диагностирует его наличие, но уже, как следствие, причины которого не будет смысла выяснять. Поэтому структурное сохранение твёрдых тканей системы корневого канала зуба на этапе предобтурации, является значимым критерием успешного эндодонтического лечения. И на сегодняшний день остаётся актуальным поиск способов атравматической предобтурационной санации системы корневого канала зуба при эндодонтическом лечении осложнённых форм кариеса.

ПРИМЕНЕНИЕ КОФФЕРДАМА В СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

М.А. Михнева, В.А. Харченко, Т.Н. Шарова

Научный руководитель: канд. мед. наук, доц. Т.Н. Шарова
ДВГМУ, г. Хабаровск

Актуальность. Согласно современным исследованиям, наиболее эффективным и доступным способом изоляции рабочего поля в терапевтической стоматологии является система коффердам (Макеева И.М. и соавт., 2011; Вагнер В.Д. и соавт., 2012). Изобретен коффердам более 130 лет назад и описан в учебнике Блэка 1908 года издания, но был забыт на долгие годы (Григорьева Е.В. и соавт., 2004). Одной из причин забвения явилось активное использование материалов, таких как амальгама, не требующей абсолютной сухости в полости рта (Gansler W., 2007).

В современной стоматологии изоляция рабочего поля является актуальной проблемой (Вагнер В.Д. и соавт., 2012). В ротовой полости всегда присутствует влага, а технологии использования большинства современных реставрационных материалов требуют ее отсутствия (Николаев А.И. и соавт., 2007). Кроме того, использование коффердама помогает добиться полной асептичности рабочего поля, защиты от микрофлоры, содержащейся в дыхательных путях пациента (Воробьева С.О., 2004). Коффердам позволяет врачу работать с полной уверенностью безопасности, что никакое инородное тело не попадет в зев пациента. Латексная завеса защищает пациента от антисептиков, например, гипохлорита натрия, используемого для медикаментозной обработки корневых каналов (Кузьмина Д.А. и соавт., 2010). Более того, полное соблюдение технологии эндодонтической обработки и пломбирования каналов возможно только с использованием коффердама (Макеева И.М. и соавт., 2011).

Цель исследования: оценить частоту использования системы коффердам в стоматологической практике.

Материалы и методы. Исследование проведено на базе стоматологических клиник г. Хабаровска: стоматологической поликлиники Дальневосточного Государственного медицинского университета «Уни-Стом», стоматологического отделения КГУЗ «Вивея», стоматологической клиники «Дентал-комплекс». В исследовании приняло участие 33 врача стоматолога-терапевта, имеющих стаж работы по специальности от 1 года до 15 лет. Из них 21 врач представители СП ДВГМУ «Уни-Стом», 7 терапевтов-стоматологов работают в стоматологическом отделении поликлиники «Вивея», 5 респондентов – в клинике «Дентал-комплекс». Исследование проводилось по специально разработанной анкете, содержащей 7 вопросов. Основной блок вопросов отражает частоту использования, виды стоматологических работ, а также причины, по которым коффердам не используется.

Результаты исследования: по данным исследования, установлено, что постоянно используют коффердам в своей практической деятельности только 30 % респондентов. Большинство (67 %) врачей-стоматологов, принявших участие в исследовании, для изоляции рабочего поля используют ватно-марлевые шарики ($p < 0,05$). 3 % респондентов ответили, что с этой целью применяют оптрагейт.

Анализ видов работ, при которых чаще используется система коффердам, показал, что в большинстве случаев (80 %) коффердам применяют при проведении эндодонтических работ ($p < 0,05$). 15 % опрошенных используют коффердам при реставрации зубов и эндодонтической работе, 5 % применяют коффердам только при восстановлении коронковой части зубов.

На следующем этапе, нами проанализированы причины, по которым стоматологи не используют коффердам. На первом месте, в 45 % случаев, среди опрошенных указывалось отсутствие самой системы или расходных материалов, 31 % респондентов не имеет навыков работы с коффердамом, 24 % указали на нехватку времени для постановки системы и отсутствие необходимости в дополнительной изоляции рабочего поля.

Выводы

По результатам исследования, выявлено, что постоянно используют коффердам в своей практике только 30% респондентов. Наиболее часто, его применяют при эндодонтическом лечении – в 80% случаев ($p < 0,05$). Среди причин, по которым стоматологи не используют коффердам в 45 % случаев, стоит отсутствие системы или расходных материалов, 31 % не имеют навыков работы с коффердамом, 24 % стоматологов указали на нехватку времени или отсутствие необходимости в использовании коффердама.

Таким образом, данные, полученные в научной работе, следует учитывать при подготовке врачей-стоматологов, уделять больше внимания пропаганде и обучению работы с коффердамом.

УРОВЕНЬ ЗНАНИЙ МОЛОДЫХ МАМ О РОЛИ ВСКАРМЛИВАНИЯ

Е.В. Мосягина

Научный руководитель: д-р мед. наук, проф. А.А. Антонова
ДВГМУ, г. Хабаровск

Актуальность. В настоящее время актуальность проблемы вскармливания детей раннего возраста обрела исключительное значение. Современные мамы по разным причинам отдают предпочтение искусственному вскармливанию. По мнению психологов контакт младенца с матерью при его кормлении грудью – залог выживания.

Акт сосания является необходимым этапом развития и формирования жевательного аппарата как сложной многоблочной биомеханической системы.

Цель исследования: определить уровень знаний молодых мам о роли естественного и искусственного вскармливания.

Задачи

1. Выявить влияние антенатальных факторов на вскармливание ребенка.
2. Определить уровень знаний о гигиене полости рта ребенка.
3. Выявить предпочтение естественному, искусственному или смешанному вскармливанию.

Материалы и методы исследования. Проведено избирательное анкетирование 36 молодых мам, обучающихся в ДВГМУ на стоматологическом, педиатрическом и лечебном факультетах. Анкета состояла из 16 вопросов, которые включали: социальное положение (возраст, факультет, место жительства, регистрация брака), состояние здоровья матери во время беременности, вопросы о вскармливании ребенка, о гигиене полости рта малыша. Анализируя весь комплекс ответов на вопросы, определялся уровень знаний о роли вскармливания и о гигиене полости рта ребенка, выявлялось предпочтение естественному, искусственному или смешанному вскармливанию.

Результаты исследования. Большое предпочтение грудному вскармливанию выявлено у студентов педиатрического факультета – 50 %, лечебного факультета – 34 %, стоматологического факультета – 16 %.

Молодые мамы лечебного, стоматологического и педиатрического факультетов практически в равных показателях предпочитают искусственное вскармливание. У студентов лечебного – 30 %, стоматологического и педиатрического факультетов по 35 %. Причины, препятствующие грудному вскармливанию, различные: связанные с процессом родов, процессом кормления, мнением окружающих, особенностями организма женщины или ребенка, нехваткой времени у матери, множество психологических факторов. Предпочтение смешанному виду вскармливания выявлено у студенток стоматологического факультета – 49 %, лечебного факультета – 36 %, педиатрического – 15 %.

Рациональное использование правил гигиены полости рта у малыша является ведущим звеном в профилактике заболеваний полости рта. При анализе ответов, самыми информированными мамами по вопросам гигиены полости рта стали студентки стоматологического факультета – 41 %. Это связано с их высокой осведомленностью о роли гигиены полости рта ребенка. Информативность студенток лечебного факультета – 27 %, педиатрического факультета – 37 %.

Таким образом, большинство студенток ДВГМУ стоматологического, педиатрического и лечебного факультетов вместо грудного вскармливания

предпочитают искусственное вскармливание для своего ребенка – 55 %, естественное вскармливание – 17 %, смешанное вскармливание – 28 %. У студенток лечебного факультета снижен уровень знаний о правилах использования средств гигиены полости рта – 27 %. Самый высокий уровень санитарных знаний по вопросам вскармливания ребенка у студентов педиатрического факультета – 50 %. Студентки медицинских вузов, понимая значимость естественного вскармливания, предпочитают искусственное вскармливание, основной причиной такого выбора является нехватка времени из-за учебы.

ВЫЯВЛЕНИЕ ОСНОВНЫХ ПРЕИМУЩЕСТВ ЗАМКОВОЙ СИСТЕМЫ ФИКСАЦИИ БЮГЕЛЬНЫХ ПРОТЕЗОВ

А.Е. Николаева, А.В. Суховеева

Научный руководитель: д-р мед. наук, проф. Ю.М. Глухова
ДВГМУ, г. Хабаровск

Одной из актуальных проблем ортопедической стоматологии является протезирование дефектов зубных рядов.

При выборе конструкции перед врачом встает ряд задач: во-первых, выбор конструкции протеза, во-вторых, решение проблемы фиксации; в-третьих, определение опорных зубов под фиксирующие элементы, в-четвертых, оценка тканей протезного ложа.

В связи с этим мы считаем, что выбранная тема учебно-исследовательской работы весьма актуальна и имеет немаловажное значение, как для студентов, так и для практикующих врачей стоматологов.

Целью работы было выявление распространенности частичной потери зубов у жителей г. Хабаровска и Хабаровского края по обращаемости пациентов в ортопедическое отделение стоматологической поликлиники «Уни-Стом» в период с 01.01.2012 по 21.07.2013 год.

Задачи исследования. Рассчитать частоту обращаемости пациентов по половой принадлежности и возрасту; рассчитать частоту обращаемости по виду конструкции протеза; показать достоинства бюгельного протеза с замковой системой фиксации.

Материалы и методы исследования. Было изучено 560 карт стоматологических пациентов находящихся на протезировании в стоматологической поликлинике «Уни-Стом» в период с 01.01.2012 по 21.07.2013 год. Выборка карт проведена случайная. Методы исследования: информационно-аналитический; статистический.

Объект исследования. Пациенты поликлиники «Уни-Стом» с частичной вторичной адентией.

Результаты исследования. Всего были изучены стоматологические карты 560 человек. Из них: 43 % – мужчины, 57 % – женщины. Следова-

тельно, в общей структуре населения с частичной вторичной адентией среди обратившихся пациентов преобладают женщины. Пациенты с частичной потерей зубов в возрасте 45-60 лет составляют самую обширную группу лиц, нуждающихся в таком виде ортопедического лечения. Наиболее часто в клинике «Уни-Стом» изготавливаются мостовидные протезы. Бюгельные протезы занимают третье место по обращаемости. Частота применения кламмерной фиксации 53 %, частота применения замковой фиксации – 47 %.

Основной минус у кламмерной системы фиксации - не слишком эстетичный вид металлических креплений, особенно во фронтальном отделе.

Замковое соединение - более современный способ фиксации бюгельного протеза, позволяющий добиться жесткости, которую не могут обеспечить кламмеры. Преимущества данного типа фиксации: эстетическое – фиксирующие замки не видны собеседнику; преимущество – достижение более качественного распределения жевательной нагрузки на опорные зубы и десна; более высокая точность в сравнении с кламмерами; более короткий период адаптации пациентов; наличие заменяемых стандартных составных частей; возможность легкой смены матриц протеза.

По данным нашего исследования, в поликлинике «Уни-Стом» широкое распространение получили внекоронковые активируемые рельсовые аттачмены и шаровидные крепления.

Рельсовые аттачмены. Преимущества: относительная дешевизна по сравнению с другими видами замковых креплений; один из самых удобных методов протезирования при включенных дефектах зубных рядов и малом числе оставшихся зубов; надежный способ стабилизации съемного протеза на нижней челюсти. Недостатки: потенциальная возможность развития кариеса на сохранившейся корневой структуре; при износе или поломке патрицы требуется трудоемкая переделка протеза.

Шаровидный аттачмен. Преимущества: существенно уменьшает жевательную нагрузку на опорные зубы и распределяет её между опорными зубами, пародонтом и слизистой оболочкой альвеолярного отростка.

Выводы. Мы считаем, что бюгельные протезы с замковым креплением заслуживают большего внимания за счет следующих качеств: быстрая адаптация; высокая функциональная эффективность протезов; не вызывают раздражение слизистых оболочек протезного ложа; обладают прекрасными эстетическими свойствами; высокая точность соединения и крепления; возможность ремонта и замены вышедших из строя частей; замки позволяют крепить протезы непосредственно к здоровым зубам либо к их коронкам.

В заключении хотелось бы отметить то, что бюгельные протезы всегда являются актуальными. Наряду с имплантами они отвечают высоким эстетическим и функциональным требованиям. Но в ряде клинических ситуаций постановка имплантов невозможна. Например, ряд соматических

заболеваний (сахарный диабет, эндокардит, ревматические заболевания и др.), опухолевые заболевания, выраженная атрофия или дефект костной ткани альвеолярного отростка, неудовлетворительная гигиена полости рта.

В этих случаях бюгельные протезы с замковой системой фиксации являются незаменимыми.

СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС У ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

Е.А. Пак

Научный руководитель: Ю.А. Широкова

ДВГМУ, г. Хабаровск

Оказание стоматологической помощи людям пожилого и преклонного возраста приобретает особое значение вследствие демографических изменений в возрастном составе населения в большинстве стран, в том числе и в России. По данным Федеральной службы государственной статистики составлял: в 2011 г. – 18,2 %, в 2012 г. – 18,6 %, в 2013 г. – 19 %. В Хабаровском крае численность людей в возрасте старше 60 лет составляет 16,6 % по данным всероссийской переписи населения в 2010 г. По мере увеличения численности пожилых людей, их доля в потреблении стоматологической помощи будет постоянно возрастать. Необходимо обеспечить эту часть населения адекватной по объему и качеству стоматологической помощью путем развития специализированной геронто-стоматологической службы.

Цель исследования – исследовать распространённость основных стоматологических заболеваний, нуждаемость в стоматологической помощи у лиц пожилого и старческого возраста в г. Хабаровске.

Задачи

1. Изучить стоматологический статус лиц пожилого и старческого возраста в г. Хабаровске;
2. Выявить структуру нуждаемости в стоматологической помощи у лиц пожилого и старческого возраста.

Материалы и методы исследования. Исследование проводилось на базе КГБУЗ «Стоматологическая поликлиника № 19» г. Хабаровска. Материалом исследования послужили данные опроса и эпидемиологического обследования полости рта 30 человек в возрасте 60-90 лет. Обследованные люди были отобраны случайно и являлись представителями неорганизованного населения. Средний возраст исследуемых составил 64 года.

Данные заносились в таблицы, математический расчет показателей производился в программе MS Excel 2010.

Результаты и обсуждение

Пожилой возраст. Среди пациентов пожилого возраста было 11 мужчин (47,8 %) и 12 женщин (52,1 %). Преобладающее число женщин не работает (66,6 %) и абсолютное большинство проживают вместе с семьей (100 %). Среди мужчин наоборот выявлено преобладание работающих (63,6 %) над неработающими. Однако, среди мужчин этого возраста были одинокие (18,1 %), но всё же преобладало количество пациентов, проживающих с родственниками (81,8 %).

Заболеваемость кариесом приближалась практически к стопроцентной распространенности. Показатель КПУ у мужчин этой возрастной группы был 16,5 (К – 4; П – 3,1; У – 10,1) и 17,36 – у женщин (К – 3,27; П – 4,45, У – 6,81).

Заболевания СОПР среди обследованных выявлено не было.

У 27,2 % мужчин был выявлен пародонтит различной степени тяжести: пародонтит легкой степени тяжести выявлены не были, средней степени – 18,1 %, тяжелой – 9 %. Среди женщин пародонтит был выявлен в 25 % случаев: легкая степень – 8,3 %, средняя степень – 8,3 %, тяжелая степень – 8,3 %.

Нуждаемость в протезировании у мужчин составила 81,8 %, у женщин этой возрастной группы – 58,3 %.

Старческий возраст. Среди пациентов старческого возраста было обследовано 3 мужчин (42,8 %) и 4 женщины (57,1 %). Абсолютное число обследованных не работает (100 %). Среди мужчин 66,6 % мужчин проживают одни, остальные 33,4 % с семьей. Среди обследованных женщин этой группы 50 % проживают отдельно и 50 % – с семьей.

Анализ стоматологической заболеваемости людей старческого возраста на основании обследования 3 мужчин и 4 женщин показал, что показатель КПУ у мужчин этой возрастной группы был 20 (К – 4,5; П – 1; У – 15) и 11,3 – у женщин (К – 2; П – 2,3; У – 9,3).

Заболевания СОПР в этой группе были выявлены у одного пациента.

У 33,3 % мужчин был выявлен пародонтит различной степени тяжести: пародонтит легкой и средней степени тяжести выявлены не были, тяжелой – 33,3 %. Среди женщин пародонтит был выявлен в 25 % случаев: пародонтит легкой и тяжелой степени тяжести выявлены не были, средняя степень – 25 %.

Нуждаемость в протезировании у мужчин составила 66,6 %, у женщин этой возрастной группы – 50 %.

Выводы

Распространенность и интенсивность кариеса зубов у людей пожилого и старческого возраста, в основном, не имеет существенных различий. Вместе с тем, у людей пожилого и старческого возраста интенсивность кариозного процесса выше за счет удаленных зубов. У мужчин и у женщин пожилого возраста существенных различий в заболеваемости пародонти-

том не выявлено, однако в старческом возрасте была отмечена следующая особенность: у мужчин преобладает тяжелая степень пародонтита, а у женщин – средняя.

Таким образом, анализ распространенности основных стоматологических заболеваний у лиц пожилого и старческого возраста показал, что эта категория граждан относится к особым группам населения, которая должна получать адекватную стоматологическую помощь в рамках существующих стоматологических систем.

СТЕПЕНЬ ОСВЕДОМЛЕННОСТИ ШКОЛЬНИКОВ 14-15 ЛЕТ ХАБАРОВСКА О МЕРАХ ИНДИВИДУАЛЬНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Е.М. Резниченко, И.Г. Гончарик

Научный руководитель: канд. мед. наук, доцент И.Г. Гончарик
ДВГМУ, г. Хабаровск

Актуальность. По данным «Федеральной государственной программы первичной профилактики стоматологических заболеваний среди населения России» на 2008 г. были выявлены следующие показатели: 1) распространенность кариеса зубов среди 15-летних подростков – 82 %, КПУ – 3,81. Признаки воспаления тканей пародонта выявлены более чем у 40 % 15-летних подростков. В г. Хабаровске распространенность кариеса среди 15-летних подростков составляет 95-98 %, интенсивность кариеса – 4,4-4,9 (Дальневосточный медицинский журнал, Антонова А.А).

Наряду с другими этиологическими факторами (дефицит фторидов; неконтролируемое употребление легкоусвояемых углеводов) одним из ведущих факторов является неудовлетворительная гигиена полости рта.

Материалы исследования. 50 человек, учащиеся 9 классов средней школы № 35 г. Хабаровска.

Методы исследования: анкетирование, собеседование.

Результаты исследования. По результатам анкетирования было выявлено, что в контрольной группе 36 % школьников знают о дополнительных предметах и средствах гигиены полости рта и 64 % не знают. В группе, в которой проводился урок здоровья, 68 % школьников продемонстрировали свои знания о дополнительных предметах и средствах гигиены полости рта и их использовании и 32 % – затруднялись ответить по вопросам использования предметов и средств гигиены полости рта.

Выводы

По результатам исследования в обеих группах выявлен низкий уровень начальных знаний школьников о мерах индивидуальной профилактики стоматологических заболеваний. В экспериментальной группе уровень знаний повысился в 2 раза, по отношению к контрольной группе. Школь-

ники абсолютно не мотивированы на сохранение здоровья полости рта и предупреждение стоматологических заболеваний. Низкая мотивация детей может быть связана с: 1) переходным возрастом ребенка: периодом физиологических изменений в организме и психологической перестройки подростка (изменения в мироощущении и сознании); 2) низким уровнем активной санитарно-просветительной работы с детьми и родителями; 3) безучастностью педагогов в проведении подобных работ. Современные методы профилактики кариеса зубов и заболеваний десен у детей представляют комплекс медико-социальных мероприятий, практическая реализация которых возможна только при совместных усилиях педагогов, медицинского персонала, родителей. Для успешной профилактики кариеса зубов необходимы определенные знания у родителей о причинах возникновения, развитии и методах профилактики кариеса. Для этого стоматологическому медицинскому персоналу необходимо создавать памятки для родителей и детей, проводить беседы и лекции с родителями, уроки здоровья с детьми, то есть осуществлять активную периодическую санитарно-просветительную работу, которая бы мотивировала детей, повышала их заинтересованность и навыки и в дальнейшем после проведения повторных уроков здоровья, выработала привычку использования предметов и средств гигиены полости рта.

ЗНАЧЕНИЕ СТАТИСТИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ АМБУЛАТОРНЫХ ОПЕРАЦИЙ НА ДЕТСКОМ ПРИЕМЕ

Е.И. Тюленева

Научный руководитель: А.Ю. Пичугина

ДВГМУ, г. Хабаровск

В структуре воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области 50 % составляют одонтогенные процессы (Шаргородский А.Г., 1985). Достаточно велика распространенность зубочелюстных аномалий среди детей и подростков – от 33 до 78 %. Операции по коррекции пороков развития, травм и новообразованиям челюстно-лицевой области занимают одно из первых мест в детской хирургии (Курочкина А.Ю., Кудравец В.А., Кушнер А.Н., 2003).

Цель исследования: оценить оперативную активность амбулаторных операций челюстно-лицевой области у детей стоматологической поликлиники № 1 г. Комсомольска-на-Амуре за 2012–2013 гг.

Задачи

1. Изучить нозологические формы диагнозов у детей стоматологической поликлиники № 1 г. Комсомольска-на-Амуре за 2012–2013 гг.

2. Проанализировать виды оперативных вмешательств на детском приеме в г. Комсомольска-на-Амуре за 2012–2013 гг.

3. Изучить гендерные и возрастные различия у детей в структуре амбулаторных операций.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ операционных журналов детского хирургического кабинета стоматологической поликлиники № 1 г. Комсомольска-на-Амуре за период с января 2012 г. по декабрь 2013 г. с целью изучения оперативной активности. Все операции были разделены на 4 группы: пластика уздечек, доброкачественные новообразования, кисты, прочие операции (дистопированные, ретинированные, сверхкомплектные зубы). Полученные результаты обрабатывались вариационно-статистическим методом.

Результаты исследования. Доминирующей формой нозологического диагноза стала пластика уздечек языка (79 %) и операции удаления доброкачественных новообразований (13 %). Самым распространенным видом оперативного вмешательства за 2012–2013 гг. стала операция пластики уздечек – 79%, из них пластика уздечки языка – 53 %. При анализе гендерного различия резкого преобладания не выявлено: мальчиков 54 %, девочек – 46 %. В связи с преобладанием операций пластики уздечек, основной возраст составляет 0-7 лет (71 %).

Таким образом, полученные данные свидетельствуют о том, что адекватная амбулаторная хирургическая помощь в сочетании с эффективными и медикаментозными и физиотерапевтическими методами позволили обеспечить высокую эффективность в пластике, лечении доброкачественных новообразований, лечении кист, в сложных удалениях зубов и отсутствие осложнений. Увеличение процента оперативных вмешательств, возможно, связано с недостаточной мотивацией пациентов и их родителей к плановым осмотрам и санации полости рта.

ПЛАНИРОВАНИЕ ДЕСНЕВОГО ДИЗАЙНА ОРТОПЕДИЧЕСКИХ КОНСТРУКЦИЙ ПРИ ТОТАЛЬНОМ ПРОТЕЗИРОВАНИИ НА ИМПЛАНТАХ

Е.И. Тюленева

Научный руководитель: канд. мед. наук Н.С. Шпак
ДВГМУ, г. Хабаровск

При удалении зуба объем кости альвеолярного гребня сокращается на 1-2 мм по высоте и до 50 % объема по ширине (Lindhe, et al., 2007). В связи с этим изменяется физиологический контур десны, что требует адекватных мер по его восстановлению на этапах стоматологической реабилитации пациента. Для получения эстетичной улыбки, все стоматологи вне зависимости от их специализации должны в равной степени уделять внимание компоненту улыбки (Февралева А.Ю.) Планирование идеального контура

десны, при протезировании на дентальных имплантах, в современных условиях осуществляется с помощью 3D моделирования.

Таким образом, целью нашего исследования явилась разработка эффективного метода планирования десневого дизайна ортопедических конструкций при тотальном протезировании на имплантах. Для достижения поставленной цели были выделены задачи:

1. Создать виртуальную постановку зубов верхней челюсти у пациентов с дефектами зубных рядов различной протяженности при утраченном и сохраненном десневом контуре и оценить ее прогностическую значимость.

2. Изучить линейные размеры 3D моделей челюстей и зубных рядов у пациентов с утраченным и сохраненным объемом десны.

3. Создать математическую модель оценки необходимости изменения контура десны при тотальном протезировании на имплантах.

Материалы и методы. Обследовано 24 пациента с частичными и полными дефектами зубных рядов. Изучались компьютерные томограммы и фотографии пациентов, на основе которых была произведена виртуальная постановка зубного ряда верхней челюсти с помощью программы DigitalSmileDisign. По окончании ортопедической реабилитации пациента, проводилось сведение виртуальной постановки и итогового результата ортопедического лечения для контрольной проверки контура искусственной десны. Математическая обработка полученных данных проводилась в программе SPSS Statistics с применением дискриминантного анализа.

Результаты и обсуждения. В группе с утраченным объемом десны прогнозируемо меньшим оказались показатели L_UJ (113 против 111 мм), при этом L_LJ оставался практически без изменений (114 мм), а значения МАП (16 против 19 мм), L_МАП (4 против 7 мм) и I1 (6 против 9 мм) были ожидаемо больше, чем в группе с сохраненным десневым контуром

Ядром дискриминантного анализа является построение дискриминантной функции:

$$d = 0,053 \times L_UJ + 0,027 \times \text{МАП} + 0,213 \times L_МАП + 0,311 \times I1 - 0,021 \times L_LJ - 0,104 \times CL - 0,185 \times CR - 5,47$$

L_UJ – длина альвеолярного отростка верхней челюсти;

МАП – межальвеолярное пространство;

L_МАП – максимальное сагиттальное отклонение в межальвеолярном пространстве;

I1 – максимальное отклонение альвеолярного отростка в области центральных резцов;

L_LJ – длина альвеолярного отростка нижней челюсти;

CL – максимальное отклонение альвеолярного отростка в области левого клыка;

CR – максимальное отклонение альвеолярного отростка в области правого клыка;

0,053, 0,027, 0,213, 0,311, -0,021, -0,104, -0,185 и -5,47 – коэффициенты и константа уравнения функции

Выводы

1. По результатам исследования по окончании стоматологической реабилитации утраченный десневой контур восстановлен у всех 8 пациентов и полностью сочетается с виртуальной постановкой зубов в $100 \pm 7,14 \%$, что позволяет говорить об отличной прогностической значимости данного метода при тотальном протезировании на имплантах.

2. Наиболее значимым показателем при оценке гармоничности десневого дизайна является «максимальное горизонтальное отклонение в области центрального резца», при его величине значимости 7,45. Средняя величина показателя в группе пациентов с сохраненным десневым контуром составляет $6,27 \pm 1,88$ мм, а в группе с утраченным – $8,94 \pm 2,92$ мм.

3. Модель дискриминантной функции для оценки гармоничности десневого дизайна обладает прогностической значимостью 87,5 %, что позволяет рекомендовать предложенный способ для планирования десневого дизайна ортопедических конструкций с опорой на дентальные импланты.



Секция фармации, фармакологии и медицинской химии

ЛЕКАРСТВЕННЫЕ ПРЕПАРАТЫ, НАЗНАЧАЕМЫЕ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ СТРЕССОРНЫХ ЯЗВ, И ИХ ПРИМЕНЕНИЕ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ОТДЕЛЕНИИ СТАЦИОНАРА

А.Л. Борисова, Т.Ю. Малыгина

Научный руководитель: Т.Ю. Малыгина

ДВГМУ, г. Хабаровск

Применение лекарственных препаратов (ЛП), назначаемых для профилактики стрессорных язв в хирургическом отделении очень важно, так как именно консервативное лечение помогает избежать хирургического вмешательства при лечении язвенной болезни желудка и двенадцатиперст-

ной кишки. Эта проблема актуальна, так как не всегда врачи могут провести оперативное вмешательство. У большинства пациентов есть сопутствующие заболевания, при которых лучше проводить консервативное лечение.

Для профилактики стрессорных язв назначаются 2 группы лекарственных препаратов: H_2 -гистаминоблокаторы и ингибиторы протонной помпы (ИПП).

Материалы и методы: ретроспективный анализ медицинских карт стационарных больных хирургического отделения КГБУЗ «Городская клиническая больница № 10», г. Хабаровска.

Результаты: в январе – феврале 2014 года был проведен ретроспективный анализ медицинских карт стационарных больных (историй болезней) хирургического отделения КГБУЗ «Городская клиническая больница № 10 за 4 квартал 2012 г. и 4 квартал 2013 г.

Было установлено, что на сегодняшний день из H_2 -гистаминоблокаторов применяется ЛП 3-го поколения Фамотидин. А из ИПП – лекарственные препараты 1-го поколения – Омепразол и 5-го поколения – Эзомепразол.

За 4 квартал 2012 года было прооперированно 3 пациента (с диагнозом язвенная болезнь желудка и/или 12 п. кишки). Средний возраст 58-59 лет. Мужчин: 2. Женщин: 1. В стационаре получали терапию H_2 -гистаминоблокатором Фамотидин (ЛП «Квамател») в дозе 20-40 мг 1-2 раза в день в/в – 60 % пациентов. Терапию ИПП – Омепразол (ЛП «Омез», капс.) по 20 мг 2 раза в день получали – 40 %. Терапию ИПП – Эзомепразол (ЛП «Нексиум») в дозе 40 мг в сутки в/в – 5 %.

За 4 квартал 2013 года было прооперированно 8 пациентов. Средний возраст 57-58 лет. Мужчин: 3. Женщин: 5. В стационаре получали терапию H_2 -гистаминоблокатором – Фамотидин (ЛП «Квамател») в дозе 20-40 мг 1-2 раза в день в/в – 85 % пациентов. Терапию ИПП – Омепразол (ЛП «Омез», капс.) по 20 мг 2 раза в день получали – 60 %. Терапию ИПП – Эзомепразол (ЛП «Нексиум») в дозе 40 мг в сутки в/в – 20 %.

Из полученных данных видно, что в 4-м квартале 2013 г. терапию лекарственными препаратами, для профилактики стрессорных язв стало получать большее число пациентов.

В соответствии с клинико-статистическими стандартами для КГБУЗ «Городская клиническая больница № 10» г. Хабаровска, терапию необходимо проводить следующими лекарственными препаратами: 1. Омепразол (Омез, Омепразол) 80 мг/сут.; 2. Фамотидин (Квамател, Фамотидин) 80 мг/сут.

Выводы

Изучив медицинские карты стационарных больных можно сказать о том, что пациенты получают медикаментозную помощь в соответствии с клинико-статистическими стандартами хирургического отделения. Доза

лекарственных препаратов подбирается пациентам индивидуально в зависимости от их соматического статуса.

Данный анализ показал, что увеличивается число назначений ИПП Эзомепразол (ЛП «Нексиум»), что связано с его большей антисекреторной активностью по сравнению с H₂-гистаминоблокаторами.

ИСТОРИЯ АПТЕК ДАЛЬНЕВОСТОЧНОГО РЕГИОНА

Ю.М. Курова, В.Д. Осипова

Научный руководитель: О.В. Ковнер

ДВГМУ, г. Хабаровск

В декабре 2013 года торжественно отпраздновало свой 90-летний юбилей Хабаровское краевое государственное унитарное предприятие «Фармация». Такое серьезное профессиональное достижение, которое является результатом кропотливой работы нескольких поколений провизоров и фармацевтов, не может не вызывать интерес у молодого поколения.

В целях сохранения сведений об истории развития аптек, памяти о работниках в разные годы, сохранения и умножения сложившихся традиций, преемственности поколений и популяризации профессии фармацевтического специалиста студентами первого курса фармацевтического факультета была изучена история становления и развития старейших аптек Дальневосточного региона.

Датой своего рождения ХКГУП «Фармация» считает декабрь 1923 г., когда на Дальнем Востоке началась национализация аптек, и был создан первый самостоятельный орган управления аптечной службой. В начале XX в. на территории края было всего пять аптек: четыре – в Хабаровске, одна – в Николаевске-на-Амуре. В Хабаровске три аптеки принадлежали частным лицам (причем все они были иностранцами), и лишь одна была «вольной». Единственная аптека, которая сохранилась до наших дней, – это аптека на Комсомольской площади, открытая в 1916 году фирмой «Коппель и Рикк» в первом каменном доме города, построенном купцом Хлебниковым. С 1946 г. и по сей день, она значится под номером 84. Сюда со всего Приамурья везли лекарственные травы и корни. Провизоры брали на работу учеников, и те, постигая фармацевтические секреты, растирали эти травы в лечебные порошки, готовили целебные настои, капли и прочие снадобья для всего населения. Склады аптеки, сохранившиеся с прошлого века, представляют собой разветвленную сеть глубокого подземелья. Лабиринт площадью около семи соток прекрасно сохранился до наших дней, а за его стенами и вглубь него ведет много подземных ходов, ныне замурованных. Здание аптеки № 84 носит статус федеральной собственности как памятник архитектуры.

Сегодня структура ХКГУП «Фармация» насчитывает 115 аптечных организаций, включая 4 аптечных склада, 68 аптек и 41 аптечный пункт, 2 магазина «Оптика». При этом 9 аптек являются производственными, 3 склада и 21 аптека осуществляет деятельность по обороту наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, а 90 аптечных организаций являются пунктами отпуска по обеспечению льготных категорий граждан Хабаровского края лекарственными препаратами, изделиями медицинского назначения, специализированными продуктами лечебного питания для детей.

Встречая свой 90-летний юбилей, Хабаровское краевое государственное Предприятие «Фармация» по-прежнему является самым крупным предприятием на Дальнем Востоке по числу аптек, по количеству работающих и по объемам реализации лекарственных средств. А аптеки предприятия являются главной базой для прохождения интернатуры и всех видов практики будущих провизоров.

Не менее интересна история приморской Центральной районной аптеки № 29 с уникальной судьбой. Открывшись в Спасске-Дальнем в 1924 году, без малого 90 лет назад, она ни на день не прекращала работу: ни в тяжёлые военные годы, ни в «лихие» девяностые. Последние сорок лет аптека располагается в самом центре города на первом этаже жилого дома. На сегодняшний день это единственная аптечная организация в Спасске-Дальнем, реализующая лекарства круглосуточно.

Общая площадь аптеки составляет 644,4 тыс. м². Два ее торговых зала предназначены для продажи непосредственно лекарственных препаратов. В третьем располагается салон оптики и мастерская по изготовлению очков. Четвертый зал занимает ветеринарная аптека. Самый молодой из отделов Центральной районной аптеки № 29 — фитобар «Здоровячок», ему меньше года.

Коллектив аптеки не стоит на месте. «Учиться — всем и всегда», — говорят здесь. Ежемесячно для «первостольников» проводятся занятия, на которых изучаются правила работы с покупателями, нормативные документы, касающиеся фармацевтической деятельности, осваиваются новейшие технологии мерчендайзинга.

Аптека № 29 одна из немногих в городе, где по рецепту врача можно приобрести наркотические и психотропные лекарственные препараты, лекарственные средства для льготных категорий граждан, что требует организации особых условий хранения препаратов.

Центральная районная аптеки № 29 — аптека для всей семьи. Лозунг: «С теплом и заботой о вашем здоровье» — не просто красивые слова, а убеждение, с которым трудится ее высокопрофессиональный коллектив. В умении общаться с людьми, доброжелательном отношении к покупателям, чутком реагировании на их спрос и потребности и есть секрет успешной деятельности Центральной аптеки. В этом же и залог ее будущих побед.

Изучение истории фармацевтического дела на Дальнем Востоке особенно интересно в сопоставлении с данными о развития аптечной службы в центральных районах России, что позволяет студентам убедиться в огромном влиянии региональных факторов на данный процесс в различные временные периоды и прогнозировать будущее.

МАРКЕТИНГОВЫЙ АНАЛИЗ АССОРТИМЕНТА ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ НА ПРИМЕРЕ КОМПАНИИ ОАО «ФАРМСТАНДАРТ»

И.В. Марышева, Е.А. Медвецкая

Научный руководитель: Е.А. Медвецкая

ДВГМУ, г. Хабаровск

Концепция «Стратегии развития фармацевтической промышленности Российской Федерации на период до 2020 года» предусматривает рост доли лекарственных препаратов (ЛП) отечественного производства на российском рынке с 20 до 50 %. Одним из лидеров фармацевтического рынка России является ОАО «Фармстандарт» – российская фармацевтическая компания, которая благодаря постоянным инновациям и адаптации современных технологий производства лекарственных препаратов (ЛП) к потребностям отечественного рынка быстро расширяет ассортимент фармацевтической продукции. В связи с этим большой интерес представляет маркетинговый анализ лекарственных препаратов, выпускаемых данной компанией и реализуемых сетевыми аптеками.

Целью исследования является маркетинговый анализ ассортимента ЛП ОАО «Фармстандарт» в аптечных организациях г. Хабаровска.

Результаты анализа показывают, что наиболее широко в структуре ассортимента ЛП в исследуемых аптеках представлены противовоспалительные (25 %), противовирусные (21 %), сердечно-сосудистые (19 %) средства. Несколько менее широко представлены витамины (11 %), препараты для лечения нервной системы (10 %), а также средства, которые можно отнести к разным фармакотерапевтическим группам (14 %). Исследуемые аптеки в своем ассортименте имеют препараты из перечня ЖНВЛП, такие как Арбидол, Кларисенс, Неосмектин, Липтонорм, Нитрокор, Нитроспрей.

В результате анализа установлено, что ассортимент ЛП «Фармстандарт» насчитывает 98 позиций лекарственных препаратов, из них 73 позиции встречается в исследуемых аптечных организациях г. Хабаровска. Коэффициент полноты составил 0,74, что показывает в аптеках наличие достаточного количества ассортимента ЛП ОАО «Фармстандарт», необходимого для удовлетворения потребностей населения.

По степени регламентации отпуска более половины (58 %) из представленного ассортимента ЛП, производимых компанией, составляют пре-

параты рецептурного отпуска, на долю безрецептурных препаратов приходится (42 %) наименований.

Наибольший удельный вес (65 %) в общей номенклатуре занимают твердые лекарственные формы (ЛФ) (таблетки, капсулы, гранулы, порошки) с преобладанием таблеток, являющихся удобной формой для применения.

Помимо этого, в ассортименте аптек имеются жидкие ЛФ (28 %) (растворы для приема внутрь, для ингаляций, для инъекций, сиропы, капли глазные, спреи назальные), а также мягкие ЛФ (3 %) (крема для наружного применения, гели) и аэрозоли (4 %).

Проведенная ценовая сегментация ЛП позволила выявить, что наибольшая часть препаратов представлена в ценовом интервале от 203 до 845 рублей, что говорит о высокой ценовой доступности отечественных препаратов в регионе.

Следующим этапом исследования стала разработка и анализ анкет фармацевтических специалистов.

По результатам анкетирования было также выявлено, что в аптеках данной сети отпуск лекарственных препаратов осуществляют 70 % специалистов имеющих высшее образование, со стажем работы от 0-10 лет. Для повышения квалификации большинство респондентов читают научную литературу, посещают конференции, семинары, проходят тренинги и специальные курсы.

Основными потребителями ЛП «Фармстандарта» являются пациенты в возрасте 30-50 лет (40 %). Специалисты отмечают, что покупатели самостоятельно делают выбор в пользу безрецептурных препаратов данной компании (60 %), еще 35 % покупателей приобретают лекарственные препараты компании после консультации фармацевта, а 5 % потребителей ЛП делали выбор препаратов, основываясь на рекомендациях врача.

По результатам анкетирования установлено, что 75 % покупателей узнает о безрецептурных препаратах из средств массовой информации, что объясняется активной рекламной кампанией, проводимой «Фармстандартом». Так, наиболее узнаваемым и покупаемым брендом компании по данным опроса является иммуномодулирующий препарат «Арбидол» (70 %), еще (20 %) отмечают «Коделак Бронхо» и (10 %) витаминно-минеральный комплекс «Компливит», что говорит о высоком спросе на безрецептурные препараты, обусловленном оптимальной ценой и их рекламой в СМИ.

Проведенный анализ ассортимента по различным критериям и результаты анкетирования фармацевтических работников продемонстрировали, что в аптечных организациях г. Хабаровска имеется широкий ассортимент фармацевтической продукции ОАО «Фармстандарт» для удовлетворения спроса покупателей, что свидетельствует о ее высокой конкурентоспособности.

МАРКЕТИНГОВЫЙ АНАЛИЗ АССОРТИМЕНТА АНТИГИСТАМИННЫХ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ

Ю.Н. Рожковская, Е.А. Медвецкая

Научный руководитель: Е.А. Медвецкая

ДВГМУ, г. Хабаровск

Применение антигистаминных лекарственных препаратов является одним из обязательных этапов лечения аллергических заболеваний. В связи с этим большой интерес представляет маркетинговый анализ рынка ЛП антигистаминного действия, в том числе таких критериев, как ассортимент группы, состояние их отечественного производства, спрос на данные ЛП в аптечных организациях.

Цель: маркетинговый анализ ассортимента антигистаминных лекарственных препаратов.

Объектом исследования явился ассортимент реализуемых антигистаминных лекарственных препаратов сетевых аптечных организаций г. Хабаровска.

Предварительно с помощью контент-анализа был исследован ассортимент антигистаминных лекарственных препаратов. Анализ показал, что в РФ зарегистрировано 609 торговых наименований антигистаминных лекарственных препаратов, в том числе 18,8 % отечественного и 81,2 % импортного производства. Установлено, что в исследуемых аптечных организациях г. Хабаровска присутствует 188 торговых наименований антигистаминных ЛП.

При сегментировании ассортимента ЛП противоаллергического действия в аптеках Хабаровска по стране-производителю наибольший удельный вес имеет Бельгия (15,87 %), Россия (12,70 %), Швейцария (11,11 %), и Венгрия (11,11 %). Наименее представлены ЛП производства Исландии, Австрии, Белоруссии (около 2 %). Главными российскими производителями антигистаминных лекарственных препаратов являются: ОАО «Фармстандарт», ОАО «Красфарма», ОАО «Верофарм», ОАО «Нижфарм».

Основными поставщиками противоаллергических лекарственных препаратов на рынок региона являются такие фирмы, как ЗАО «Протек», ЗАО СИА Интернейшнл, ЗАО «Катрен», ЗАО «Роста», ООО «ФармЭко».

На следующем этапе анализировался удельный вес антигистаминных препаратов первого и второго поколения, а в пределах этих групп исследовалось структура и частота продаж препаратов с различными МНН, а также степень представления этих препаратов их оригинальными и воспроизведенными формами. Установлено, что по количеству проданных единиц лидировали препараты первого поколения (81,75 %), которые действуют на периферические и центральные H₁-гистаминорецепторы, вызывают седативный эффект, и не обладают дополнительным антиаллергиче-

ским действием. Данные по второму поколению (18,25), оказывают влияние на гистаминовые рецепторы и стабилизируют макривастины (семпрекс).

Анализ ассортимента лекарственных средств по международным непатентованным наименованиям в исследуемых аптеках показал, что наибольшая доля ассортимента антигистаминных препаратов приходится на Лоратадин* (Loratadine*) и Цетиризин* (Cetirizine* – по 19,05 %). Наименее представлены препараты с действующими веществами Дифенгидрамин* (Diphenhydramine*), Доксиламин* (Doxylamine*), Олопатадин* (Oloropadine*) и Рупатадин* (Rupatadine*) – до 2 %.

В ассортименте антигистаминных лекарственных препаратов безрецептурного отпуска присутствуют как многокомпонентные (87,2 %), так и комбинированные лекарственные препараты (12,8 %).

Установлено, что рецептурные препараты на сегодняшний день составляют меньшую долю от препаратов безрецептурного отпуска – 24,3 % от изучаемого ассортимента, а безрецептурные препараты – 75,7 %.

Для маркетинговой характеристики ассортимента был рассчитан коэффициент полноты ассортимента антигистаминных ЛП, так как определение оптимального ассортимента является важным моментом экономической деятельности аптечной организации, позволяющий обеспечить ее максимальную экономическую эффективность. Установлено, что коэффициент полноты ассортимента в аптеках г. Хабаровска равен 0,277 и 0,309 соответственно. Рассчитанные коэффициенты показывают, что в исследуемых аптеках присутствует недостаточное количество антигистаминных лекарственных препаратов.

При сегментировании ассортимента по видам лекарственных форм установлено, что наибольший удельный вес приходится на таблетки (66,67 %), которые являются удобной лекарственной формой при успешном лечении аллергических заболеваний. ЛФ для приема внутрь (капли, сиропы, суспензии) составляют 17,46 %, реже всего встречаются интраназальные ЛП (1,59 %).

При ранжировании ассортимента по ценовому диапазону антигистаминных лекарственных препаратов для потребителей составляет интервал от 100 до 500 рублей (77,78 %), далее до 100 рублей – 12,70 % и от 500 рублей – 9,52 %.

Следующим этапом исследования ассортимента антигистаминных лекарственных препаратов являлось анкетирование фарм. специалистов в аптечных организациях г. Хабаровска.

Изучение данных анкет показало, что часто антигистаминные лекарственные препараты приобретались для лечения детей в возрасте от 6 до 14 лет – 69 % , для детей до года – 18 %, только 13 % для взрослых. В результате проведенного анкетирования установлено, что при проявлении аллергических реакций около 50 % потребителей обращались в аптеку за консультацией в приобретении противоаллергических препаратов, 34 % – к

врачам, а 18 % – это группа людей, формирующих свое мнение на информации, полученной из СМИ.

Таким образом, анализ отдельных критериев и показателей группы антигистаминных лекарственных препаратов позволяет выделить перечень, имеющий наилучшие характеристики в ценовом диапазоне, в форме выпуска, выборе производителя, что позволяет рационально сформировать оптимальный ассортимент данной группы лекарственных препаратов в аптечной организации для полного удовлетворения потребности покупателей.

АНАЛИЗ ВРЕМЕНИ ОБСЛУЖИВАНИЯ ПОКУПАТЕЛЕЙ В ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИХ ОРГАНИЗАЦИЯХ

А.К. Саакян

Научный руководитель: канд. фарм. наук, доц. С.Ю. Мешалкина
ДВГМУ, г. Хабаровск

Эффективность работы розничных фармацевтических организаций в значительной мере зависит от кадрового планирования: правильного расчета численности персонала, подбора, расстановки кадров, организации работы, мотивации персонала, стандартов обслуживания. Цель исследования – проведение анализа времени обслуживания покупателей в зависимости от различных факторов в аптечных организациях Дальневосточного региона.

Объектами исследования явились 7 аптек Хабаровского и Приморского краев. Для определения зависимости скорости обслуживания покупателей от различных факторов, в течение 14 дней месяца в каждой аптеке проводили замеры – хронометрирование основной операции по обслуживанию покупателей. В качестве фиксажных точек начала процесса обслуживания приняли момент приветствия покупателя фармацевтическими специалистами (ФС), либо момент обращения покупателя к ФС и, соответственно, точкой окончания обслуживания – когда ФС благодарит за выбор аптеки или за покупку и приглашает в следующий раз посетить аптеку. Так, по результатам проведенных нами исследований, основная операция «обслуживание покупателей» по длительности составляет от 25 сек. до 15 мин. и зависит, с одной стороны, от контингента покупателей, который отличается по своему социальному, возрастному и половому признаку, покупательской мотивации выбираемого товара, с другой стороны – характеристики аптеки, структуры аптечного ассортимента и профессионализма ФС. В аптеках спальных районов, с относительно небольшим ассортиментом мужчины и женщины до 30 лет задают специалисту в среднем по 2 вопроса, большая часть из них приходится, как правило, на группу лекарственных препаратов (ЛП) рецептурного отпуска. При приобретении других

товаров аптечного ассортимента (детское питание, средства лечебной косметики, ухода за детьми, личной гигиены, парафармацевтические товары (ПТ) количество вопросов возрастает. Время обслуживания увеличивается на 1,3 мин. Мужчины до 40 лет задают в среднем 2,5 вопроса, 53 % из них приходят с готовым списком необходимых товаров аптечного ассортимента, составленным заблаговременно и не требующим обсуждения или согласования с ФС; время обслуживания в среднем 1,46 минуты. Приобретение ПТ требуют времени на консультации на 4,74 мин. больше, чем при покупке ЛП. Количество вопросов в этом случае возрастает до 5,1. Женщины до 40 лет задают обычно 5,3 вопроса, приобретают в среднем 3,1 препарата, 53,2 % из них посещали врача, консультации требуются по правилам приема, хранения, безопасности ЛП. Эта категория покупателей очень требовательна, нуждается иногда в длительных (до 10-15 минут) консультациях специалиста, особенно при выборе ПТ. В этом случае время обслуживания возрастает до 8,23 мин. При продаже косметических средств премиум-класса, медицинских приборов время обслуживания может возрастать до 10 и более мин. Следует отметить, что в 20 % случаев после длительной консультации женщины, тем не менее, не делают покупку. Однако ФС, даже предполагая не результативность своих усилий, прилагает старания для поддержания имиджа аптечной организации и покупательской лояльности. Мужчины и женщины до 60 лет приходят в аптеку с рецептом после посещения врача – в 67,1 % случаях, задают в среднем 5,2 вопросов, приобретают 4-5 ЛП, требуют к себе повышенного внимания ФС, из них 6,7 % принимают решение о приобретении товаров аптечного ассортимента после консультации с ФС, особенно если это ПТ, время обслуживания увеличивается на 3,1 мин. Мужчины и женщины старше 60 лет в большинстве случаев приходят с рецептом либо с готовым требованием, задают в среднем 3,3 вопроса. Время их обслуживания увеличивается из-за медлительности пожилых людей и сбора медикаментов по списку. Время обслуживания этой категории покупателей при желании приобрести ПТ увеличивается на 1,7 мин. Как правило, 1 из 20 человек обращается к ФС только за консультацией о ЛП, а 3 из 10 по поводу ПТ без совершения покупки, что занимает в среднем 3-5 минут рабочего времени ФС. При заполнении хронокарт вносили сведения об аптеках, что дало возможность, проследить влияние на время обслуживания не только контингента покупателей, но и характеристики аптеки. По результатам исследования были сформулированы следующие выводы: в аптеках с открытой формой торговли, ассортиментом 5-6 тыс. наименований и более, среднее время, затрачиваемое на обслуживание одного покупателя значительно больше (иногда в 2-3 раза), чем при отпуске ЛП, так как требует большего информационного сопровождения ФС – от 2,4 до 10,3 минут. Время обслуживания транзитных покупателей колеблется от 30 секунд до 2,5 минут и составляет в среднем 1,3 минуты. При работе с постоянными покупателями

время обслуживания увеличивается до 3-4 минут, а иногда до 7-10 минут, особенно если это приоритетный, лояльный к аптеке и персоналу посетитель.

Таким образом, скорость обслуживания зависит, от множества факторов: уровня профессиональной подготовки ФС, его потребности обращаться в процессе обслуживания покупателей к источникам информации о ЛП, рациональной организации рабочего места, корпоративных стандартов обслуживания.

ОСНОВНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ПРАКТИЧЕСКОГО ПРИМЕНЕНИЯ ФЕДЕРАЛЬНОГО ЗАКОНА № 44 ПРИ ЗАКУПКАХ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ МЕДИЦИНСКИМИ ОРГАНИЗАЦИЯМИ

М.А. Соколова

Научный руководитель: Т.Н. Наталевич
ДВГМУ, г. Хабаровск

Лекарственное обеспечение – неотъемлемая составляющая сферы здравоохранения. Основными задачами лекарственного обеспечения медицинских организаций являются:

- ✓ эффективное использование финансовых ресурсов, предназначенных для оплаты лекарственных препаратов;
- ✓ устранение дефицита лекарственных препаратов в медицинских организациях;
- ✓ обеспечение прав застрахованных в системе ОМС на получение лекарственных препаратов, гарантирующих качественную медицинскую помощь.

В настоящее время, закупка лекарственных препаратов медицинскими организациями, как правило, производится путем заключения государственных и муниципальных контрактов в соответствии с нормами Федерального закона № 44-ФЗ «О контрактной системе в сфере закупок товаров, работ, услуг для обеспечения государственных и муниципальных нужд», вступившим в силу с 1 января 2014 года. А также в ряде случаев в соответствии с требованиями Федерального закона № 223-ФЗ «О закупках товаров, работ, услуг отдельными видами юридических лиц».

С целью выявления проблем, с которыми сталкиваются медицинские организации в процессе закупки лекарственных препаратов по новым требованиям, была составлена анкета и проведено интервьюирование специалистов, принимающих участие в госзакупках. Анализ анкетных данных показал, что в основном медицинские организации для определения поставщика используют методы «запрос котировок» (83 %) и «аукцион в электронной форме» (66 %). Все организации для обоснования начальной

(максимальной) цены контракта применяют метод сопоставимых рыночных цен.

Одной из проблем в реализации требований Федерального закона № 44-ФЗ большинство специалистов (66 %) называют отсутствие штатных единиц для формирования отдела закупки (создания контрактной службы). Половина опрошенных (50 %) отмечают плохую работу официального сайта zakupki.gov.ru и трудности с проведением внешней экспертизы поставляемого товара. Работу 16 % респондентов в сфере госзакупок лекарственных препаратов затрудняет отсутствие данных о бюджетных лимитах на планируемый год, что осложняет процесс составления плана закупок и плана-графика. Также специалисты (16 %) обеспокоены усложнением процедуры заключения контракта, если по результатам аукциона в электронной форме выходит один поставщик.

Треть опрошенных специалистов считает, что с вступлением в силу Федерального закона № 44-ФЗ качество обеспечения закупок для государственных нужд повысится. Вместе с тем, такое же количество респондентов (33 %) затрудняются ответить на данный вопрос или не верят в перемены к лучшему.

Закупочная деятельность в сфере здравоохранения на сегодняшний день считается одной из наиболее коррумпированных, что ведет к прекращению борьбы за заключение государственных или муниципальных контрактов, сокращению числа участников торгов и, как следствие, повышению цен на лекарственные препараты. Одной из целей принятия Федерального закона № 44-ФЗ является предотвращение коррупции и других злоупотреблений для обеспечения государственных и муниципальных нужд. 16 % опрошенных считают эту задачу не выполнимой.

Немаловажную роль в повышении качества обеспечения государственных нужд играет компетентность специалистов, участвующих в госзакупках. Большинство респондентов затруднились ответить на вопрос: «Имеете ли Вы достаточный уровень знаний для проведения закупок для государственных нужд?», и отметили, что хотели бы получить дополнительное образование в данной сфере.

Если за конечную цель деятельности любой медицинской организации принять качество медицинской помощи, оказываемой каждому конкретному пациенту, то обеспечение учреждений здравоохранения лекарственными препаратами можно рассматривать как отдельный бизнес-процесс в системе управления медицинской организацией, требующий совершенствования. Кроме того, этот бизнес-процесс должен быть построен таким образом, чтобы иметь возможность видоизменяться и совершенствоваться в соответствии с стратегическими задачами организации.

ПРАВОМЕРНОЕ КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ В ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИХ ОРГАНИЗАЦИЯХ

В.А. Соломоненко

Научный руководитель: канд. фарм. наук, доц. И.В. Амелина
ДВГМУ, г. Хабаровск

Сегодня многие покупатели идут в аптеку не за дешевыми лекарственными средствами, а за качественным обслуживанием, неотъемлемой частью которого является грамотное фармацевтическое консультирование. Конечно, сотрудники аптеки должны думать и о товарообороте, и о прибыли, от которой зависит оплата их труда. Но аптека, независимо от формы собственности, является медицинским, социально значимым учреждением. Здесь пациенту оказывают доврачебную помощь, предлагая лекарственные препараты безрецептурного отпуска, и при этом важно соблюдать принцип «не навреди!» Поэтому «работник первого стола» должен хорошо знать ассортимент лекарств, в том числе и для синонимической замены, а также обладать навыками в области специальной психологии.

С целью изучения проблемы «Правомерного консультирования в фармацевтической организации», нами разработана анкета, 30 вопросов которой включены для выяснения мнения специалистов по совершенствованию алгоритма стандартизации процесса отпуска лекарственных препаратов. Всего планируется обработать 100 анкет, на данный момент нами опрошено почти половина от запланированного количества. Респондентами выступили провизоры и фармацевты, основная деятельность которых связана с отпуском лекарственных препаратов.

По результатам анкетирования получены следующие предварительные данные: 55 % респондентов вполне довольны содержанием своей работы и возможностью реализовать себя (58 %). В то время как для большинства специалистов работа – это, прежде всего, заработок (72 %), для четверти – это социальный статус, уважение, возможность приносить людям пользу, а по мнению 13 % – это общение с интересными людьми.

Более половины опрошенных (61 %) считает себя вполне подготовленными к фармацевтическому консультированию, 66 % делают это «часто» и, соответственно, 22 % «редко».

Вместе с тем, 91 % специалистов считают, что им необходимо пройти повышение квалификации по вопросам фармацевтического консультирования, 58 % предпочли дистанционную форму, а 42 % – непосредственно в аудитории.

Практически все специалисты знают о необходимости применения определенной «пошаговой инструкции» при отпуске лекарственных препаратов: на вопрос «Используете ли Вы стандартизированные алгоритмы фармацевтического консультирования?» 36 % респондентов ответили «да», а 47 % – «иногда».

Абсолютное большинство, а именно 83 %, считают необходимым оказывать консультативную помощь медицинским работникам и потребителям по правилам хранения ЛП и других фармацевтических товаров с учётом их физико-химических свойств, продолжительности курса лечения и сроков годности. 58 % респондентов способны и готовы оказывать консультативную помощь населению по вопросам применения и совместимости ЛП, но 25 % затрудняются, а 16 % – совершенно не готовы.

Две трети опрошенных желали бы использовать компьютерную программу «Автоматизированное рабочее место провизора-консультанта», позволяющую оптимизировать оказание информационно-консультационных услуг при отпуске лекарственных препаратов, остальные определили свою позицию как «возможно».

94 % респондентов видят необходимость в создании электронных методических пособий по рациональному применению лекарственных препаратов безрецептурного отпуска и других групп фармацевтических товаров, которые содержали бы некоммерческую информацию, систематизированную и представленную в интересах потребителя.

36 % специалистов имеют возможность проявлять «креативность» на работе и принимать решения в условиях выбора, но у 29 % этого нет. Осознают степень ответственности за содержание консультации 63 % фармацевтических работников, которые считают, что потребитель ориентируется на их совет. Вместе с тем, на вопрос «Какие затруднения Вы испытываете при консультировании», 30 % ответили «Боязнь ответственности», 38 % – «нехватка времени» и 30 % считают, что у них «недостаточно информации». 66 % респондентов подтверждают мнение, что необходимо расширить перечень профессиональных компетенций специалистов, получаемых на додипломном этапе с учётом требований надлежащей аптечной практики (НАП), основных нормативных правовых актов и существующей практикой их профессиональной деятельности. 38 % абсолютно способны и готовы к проведению информационно-просветительской работы по пропаганде здорового образа жизни и безопасности жизнедеятельности, 50 % – «не совсем», а 11 % – не видят необходимости.

Для большинства (94 %) важен источник и формат получаемой информации по специальности.

На вопрос «Готовы ли Вы к информационной работе среди врачей, провизоров по вопросам применения ЛП, принадлежности их к определенной фармакотерапевтической группе, показаниях и противопоказаниях к применению, возможности замены одного препарата другим?» 44 % респондентов ответили, что «затрудняются», 33 % – «готовы», 22 % – «нет, не готов».

На следующем этапе нашего исследования мы планируем изучить потребности фармацевтических специалистов в определенном формате спе-

циализированной информации, необходимой для правомерного консультирования в фармацевтической организации.

ИЗУЧЕНИЕ ОРГАНИЧЕСКИХ КИСЛОТ В НЕКОТОРЫХ ВИДАХ ИВЫ

М.А. Филь, Т.М. Дементьева

Научные руководители: Т.М. Дементьева, доц. И.М. Масюк
ДВГМУ, г. Хабаровск

Терапевтическая ценность лекарственных растений признана научной медициной. В настоящее время потребность медицинской и фармацевтической практики в использовании препаратов из лекарственных растений возрастает, поэтому исследование биологически активных веществ растительного сырья и получаемых на их основе фитопрепаратов является актуальным.

Особый интерес представляет изучение широко распространенных в России растений из рода Ивы. Выявлено, что извлечения из ивы обладают противовоспалительным, анальгетическим, хондропротекторным и антиоксидантным действием, что позволяем использовать их при заболеваниях опорно-двигательного аппарата, требующих длительного лечения. Как правило, при этой патологии используют синтетические лекарственные препараты, которые при продолжительном применении оказывают негативное влияние на желудочно-кишечный тракт, почки, кроветворные органы и др.

Объектами наших исследований являются кора и побеги ивы вавилонской (*Salix babylonica* L.) и ивы вавилонской-белой (*Salix babylonica*+*alba* L. (*S. Salamonii* Carriere), собранные на Северном Кавказе в окрестностях города Пятигорска, река Подкумок.

Из литературных источников известно, что в коре и побегах ивы могут содержаться фенолгликозиды (салицин, триандрин), флавоноида (рутин, лютеолин, изосалипурпозид, нарингин, геспередин), конденсированные дубильные вещества, фенолокислоты, аскорбиновая кислота и сапонины.

Перед нами была поставлена задача, определить качественный состав и количественное содержание фенолокислот в коре и побегах исследуемых образцов, а также количественное содержание в них аскорбиновой кислоты.

В настоящее время исследованию фенолокислот и их содержанию в растительных объектах уделяется большое внимание. Это объясняется тем, что они являются широко распространенной в растительном мире группой соединений, которые содержатся во всех органах растения. Фенолокислоты обладают различными фармакологическими свойствами: антисептическим, желчегонным, противовоспалительным, противовирусным, антиок-

сидантным, а также проявляют фунгистатическую активность в отношении поверхностных дерматофитов.

Качественный состав фенолокислот в исследуемых образцах подтверждали методом ТСХ, используя стандартные образцы (кислота феруловая, кислота коричная, кислота кофейная, кислота пара-кумаровая). Подвижная фаза – смесь изопропанол-концентрированный аммиак (2:1). Обнаружение веществ проводили в УФ-свете при длинах волн 360 нм до и после обработки хроматограмм 5 % спиртовым раствором калия гидроксида и диазореактива (приготовленных согласно методики ГФ XII) в видимом свете при нагревании.

Количественное определение фенолокислот проводили экстракционно-спектрофотометрическим методом на спектрофотометре Shimadzu UV-1700 при длине волны 325 нм. Сущность методики заключается в избирательной экстракции фенолокислот в этилацетат. Первоначально получили суммарное водно-спиртовое извлечение, которое упаривали и подкисляли раствором кислот с $\text{pH}=2$, а затем экстрагировали органическим растворителем. Содержание фенолокислот в исследуемых образцах пересчитывали на кислоту феруловую и кофейную. В коре и побегах ивы вавилонской обнаружено $0,38 \pm 0,07$ %, $0,79 \pm 0,03$ %; кора и побеги ивы вавилонской-белой содержат $0,18 \pm 0,05$ %, $0,86 \pm 0,03$ %. Для сравнения содержание фенолкарбоновых кислот в других видах в пересчете на кислоту феруловую составляет в коре и побегах ивы белой – $0,27 \pm 0,01$ %, $0,76 \pm 0,03$ %; в коре и побегах ивы пурпурной – $0,53 \pm 0,03$ %, $1,20 \pm 0,07$ %; в коре ивы трехтычинковой – $0,29 \pm 0,01$ %.

На основании данных зарубежной литературы в листьях ивы вавилонской содержится аскорбиновая кислоты.

Количественное определение аскорбиновой кислоты в коре и побегах проводили методом окислительно-восстановительного титрования по методике ГФ XI. Содержание аскорбиновой кислоты составило: в коре ивы вавилонской – 41,5 мг%, в побегах 53,6 мг%; в коре ивы вавилонской-белой – 67,3 мг%, в побегах – 32,1 мг%. Для сравнения по литературным данным в коре ивы козьей содержится 139 мг%.

На основании проведенных исследований было выявлено, что в коре и побегах ивы вавилонской и ивы вавилонской-белой содержатся фенолокислоты. Определено их количественное содержание, а также проведено количественное определение аскорбиновой кислоты. Работа по изучению фитохимического состава ивы вавилонской и ивы вавилонской-белой продолжается.

РАЗРАБОТКА ЛЕКАРСТВЕННЫХ ФОРМ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Б.М. Фединяк

Научный руководитель: канд. фарм. наук, доц. А.Я. Башаров

ДВГМУ, г. Хабаровск

Артрозы височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС) относятся к числу довольно распространенных заболеваний, весьма упорных по своему клиническому течению и плохо поддающихся лечению, частота встречаемости которых увеличивается с возрастом. В настоящее время более чем у половины людей старше 50 лет диагностирован артроз ВНЧС, а при достижении 70-летнего возраста этот показатель заболеваемости увеличивается до 90 %. Заболеваниями десен по статистике Всемирной организации здравоохранения страдает 98 % населения земного шара. Одним из перспективных направлений в данной области является разработка лекарственных форм на основе экстрактов из растений в комбинации с химиотерапевтическими веществами.

Корни окопника лекарственного (*Symphytum officinale*) содержат ценные алкалоиды лизиокарпин и циноглоссин, эфирные масла и ряд других БАВ, обладают вяжущим, противовоспалительным, противомикробным, действиями. Корневища и корни сабельника болотного (*Sámarum palústre*), содержащие большой набор БАВ и обладают кровоостанавливающим, болеутоляющим, противовоспалительным, антибактериальным, ранозаживляющим, антипролиферативным действиями.

Целью данного исследования явилась разработка лекарственных форм на основе извлечений из сабельника и окопника для лечения заболеваний ВНЧС и пародонта.

Для оптимизации процесса получения извлечений необходимо знать основные технологические параметры сырья – корневищ и корней сабельника болотного и корней окопника лекарственного.

Определение влажности сырья проводили по методике, описанной в ГФ XII. Влажность сырья сабельника в среднем из трех определений составила $8,35 \pm 0,38$ %, а сырья окопника $8,52 \pm 0,42$ %.

Ситовой анализ корневищ и корней сабельника показал, что: частиц с диаметром более 1,6 мм – 28,79 %, с диаметром от 1,2 до 1,6 мм – 19,56 %, с диаметром от 1,0 до 1,2 мм – 8,69 %, с диаметром от 0,7 до 1,0 мм – 16,20 %, с диаметром менее 0,7 мм – 26,95 %. Аналогичные испытания корней окопника показали, что частиц проходящих сквозь сито с диаметром более 1,6 мм – 31,69 %, с диаметром от 1,2 до 1,6 мм – 16,89 %, с диаметром от 1,0 до 1,2 мм – 10,11 %, с диаметром от 0,7 до 1,0 мм – 12,97 %, с диаметром менее 0,7 мм – 28,15 %.

Затем нами был определен коэффициент поглощения сырьем экстрагента, который составил для сабельника в среднем из трех определений

3,25±0,15 на 45 % спирте и 3,71±0,18 на 40 % спирте, а для окопника 4,52±0,21 на 40 % спирте.

Для определения экстрактивных веществ в сырье окопника и сабельника использовали метод, описанный в ГФ XI. Эксперимент проводили трижды. Количество экстрактивных веществ, извлеченных 40 % спиртом из сабельника, составило в среднем 13,62±0,68 %. Количество экстрактивных веществ, извлеченных 40 % спиртом из окопника, составило в среднем 80,42±3,9 %.

После определения технологических свойств сырья был получен экстракт из сабельника в соотношении 1:2 на 40 % спирте по методике фармакопеи США (реперколяция с делением сырья на неравные части, с законченным циклом). Содержание экстрактивных веществ в экстракте составило 5,1±0,25 %. Получить данным методом экстракт из окопника не представилось возможным ввиду большого содержания экстрактивных веществ и высокой вязкости получаемого извлечения, поэтому нами было получено извлечение методом бисмацерации в соотношении 1:5. Извлечение представляло собой темную вязкую жидкость с содержанием экстрактивных веществ 12,1±0,55 %.

На основе извлечения из окопника был изготовлен гель с 0,5 % гидроксиэтилцеллюлозы, а затем комбинированный гель с добавлением равного количества 5 % геля индометацина и 10 % раствора лидокаина, для лечения артроза ВНЧС.

Из экстракта сабельника были получены полимерные стоматологические пленки на основе метилцеллюлозы, содержащие 4 мг экстрактивных веществ в 1 см² пленки, при их толщине 120-130 мкм. Действие пленок направленно на лечение заболеваний пародонта.

АНАЛИЗ ПРИНЦИПОВ РАЦИОНАЛЬНОГО ПРИМЕНЕНИЯ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ РАЗЛИЧНЫХ ГРУПП

А.С. Шаров, В.М. Казакевич

Научный руководитель: канд. мед. наук, доц. В.М. Казакевич

ДВГМУ, г. Хабаровск

Всемирная организация здравоохранения предостерегает от гомеопатического лечения любых серьёзных заболеваний. Как отмечают эксперты организации, «использование гомеопатии не имеет доказательной базы, а в тех случаях, когда применяется в качестве альтернативы основному лечению, оно несёт реальную угрозу здоровью и жизни людей». Однако в настоящее время в России наблюдается значительный рост употребления гомеопатических препаратов. Целью нашего исследования было разобраться: чем руководствуются люди при выборе того или иного препарата.

Материал отбирался методом анкетирования, всего в опросе приняло участие 410 человек, из которых 94 не имели медицинского образования (группа «не медики»), а 316 являлись студентам медицинских вузов 3-6-го курсов разных факультетов (группа «медики»). Все данные обработаны статистически.

Первоначально важно определить, насколько хорошо люди знают гомеопатические препараты. Для этого в анкете просили указать все известные респонденту препараты данного типа. 43 % медиков и 47 % не медиков заявили, что не знают ни одного гомеопатического препарата, хотя среди средств, которые они принимали в течение года 2 % и 4 % соответственно указали как минимум один препарат данной группы. Остальным в сумме удалось вспомнить 26 наименований гомеопатических препаратов. Наиболее часто вспоминала следующие препараты: антигриппин – 37 %, анаферон – 10 %, оциллококцилум – 10 %, авиа-море – 4 % и т. д.

Велик также процент лекарственных средств ложно принимаемых за гомеопатические, среди них: препараты парацетамола (фервекс, терафлю, колдрекс и др.) 10 % медиков и 17 % не медиков, иммуномодуляторы (арбидол, амиксин, ингавирин и др.) 2,5 % и 11 % соответственно, адаптогены (настойки женьшеня, лимонника, элеутерококка и др.) 3 % и 5 % соответственно. Хотя бы одну ошибку допустили 18 % медиков и 32 % не медиков. Среди препаратов ошибочно принятых за гомеопатические были так же антибиотики (сумамед, азитромицин, амоксициллин и др.), интерферон, БАДы и растительные сборы. Все это убедительно указывает на неспособность значительной части респондентов обеих групп различить гомеопатические препараты и лекарственные средства.

При этом 31,5 % медиков и 29 % не медиков считают возможным применение гомеопатических препаратов в лечении острых заболеваний. В качестве препаратов для поддержания здоровья их одобряют 11% медиков и 4 % не медиков, для лечения хронических заболеваний ими воспользовались бы 2,5 % и 8,5 % соответственно.

Как ни странно, наиболее частой основой выбора того или иного гомеопатического препарата 25 % медиков и 30 % не медиков называют консультацию врача. Собственные знания для выбора служат 14 % и 8 % респондентам соответственно. Поиск информации в сети интернет как основу для выбора гомеопатического препарата указали 7 % медиков и 32,5 % не медиков. К советам знакомых прислушивается 7,5 % и 17 % респондентов соответственно. Сделали выбор, доверившись рекламе, 6 % и 14 % соответственно.

Примечательно, что респонденты группы медики в целом одинаково оценивают безопасность лекарственных средств и гомеопатических препаратов, но видят значительную разницу в их эффективности в пользу первых. Группа не медики в свою очередь так же одинаково оценивает безо-

пасность лекарственных средств и гомеопатических препаратов, но при этом понимание разницы их эффективности резко снижено.

Гомеопатические препараты сами по себе действительно практически безвредны, так как не содержат значимых доз действующих веществ, но с этим связана также их крайне низкая эффективность, обусловленная лишь эффектом плацебо, которого не достаточно при лечении серьезных заболеваний. Как показывает наше исследование, на практике не только люди не связанным с медициной, но и студенты медицинских вузов завершивших, или завершающих изучение фармакологии, плохо представляют себе, что такое гомеопатические препараты и какие вторичные опасности связаны с их применением. В связи с этим, на цикле фармакологии в медицинских вузах, возможно, стоит больше внимания уделить акцентированию на данной проблеме, дабы избежать в дальнейшем системных ошибок со стороны будущих врачей, например, назначении монотерапия гомеопатическими препаратами при ОРВИ.



**Секция инфекционных
болезней, микробиологии,
паразитологии
и иммунологии**

РОЛЬ ФИТОНЦИДОВ ДАЛЬНЕВОСТОЧНЫХ РАСТЕНИЙ В ПРИРОДЕ И ЖИЗНИ ЧЕЛОВЕКА

**А.О. Абросимова, А.О. Абросимова, В.А. Алипова,
Н.В. Стрельникова**

Научный руководитель: канд. мед. наук, доц. Н.В. Стрельникова
ДВГМУ, г. Хабаровск

Исследование проведено в бактериологической лаборатории на базе ККБ № 1 им. профессора С.И. Сергеева (главврач С.С. Пудовиков).

Цели работы: раскрыть значение фитонцидов Дальневосточных растений в природе и жизни человека.

Задачи

1. Провести лабораторное исследование и изучить действие фитонцидов дальневосточных растений на клинически значимые штаммы микроорганизмов.

2. На основании лабораторного исследования сделать вывод об эффективности применения дальневосточных растений в медицинской практике.

Актуальность. С каждым годом показатели экологической обстановки в городах и близлежащих к ним территориях демонстрируют неутешительную динамику в негативную сторону. Развитию такой ситуации способствует много факторов, однако, одним из ключевых является уменьшение растительности в городской зоне, что приводит к учащению случаев заболеваний микробной этиологии.

Материалы исследования. Используемые растения: лук репчатый, чеснок посевной, берёза плосколистная, дуб монгольский, черемуха обыкновенная, черемуха обыкновенная, подорожник большой, полынь горькая, боярышник даурский, рябина амурская, облепиха крушиновидная, хмель обыкновенный, клевер луговой, тысячелистник азиатский, красный жгучий перец.

Суточные культуры клинически значимых штаммов микроорганизмов, выделенных от пациентов ККБ № 1: *A. baumannii*, *E. faecalis*, *E. coli*, *S. aureus*, *S. epidermidis*, *C. albicans*.

Метод исследования. Метод диффузии в агар основан на способности фитонцидов растительной кашицы, нанесенной на поверхность агаровой среды, диффундировать в агар во всех направлениях. Если на чашку с питательным агаром посеять газоном испытуемый микроорганизм, затем нанести кашицу, то вокруг нее образуется зона угнетения роста.

Результаты исследования. Из 15 растений положительный результат наблюдался у всех, но наиболее показательные результаты были у 7 растений.

В своем исследовании в качестве материала для сравнения мы использовали лук и чеснок, т. к. их положительные результаты уже давно известны и хорошо описаны в монографии Б.П. Токина «Тайная жизнь растений». И в нашем исследовании, на штаммах, выделенных от тяжелых больных, эти данные подтвердились. Везде наблюдалась большая зона задержки роста, а у *S. epidermidis* и *C. albicans* рост отсутствовал полностью.

Отличные результаты дала рябина. Задержка роста была у всех микробов. Особенно нас порастил результат на *S. aureus*, где задержка роста была 45 мм, *S. epidermidis* (43 мм) и *C. albicans* (40 мм). Неплохие результаты у хмеля. Задержка роста по 18 мм у *A. baumannii*, *E. faecalis*, *E. coli* и *C. albicans*. И по 27 мм у *S. aureus* и *S. epidermidis*. На черемуху наблюдался разреженный рост у *E. coli*, *S. aureus* и *S. epidermidis*. На дуб наблюдался разреженный рост у *E. coli*, *S. aureus*, *S. epidermidis* и *C. albicans*. Боярышник дал положительный результат на *S. aureus* (22 мм). Все остальные растения дали положительные, но менее показательные результаты.

Выводы

Таким образом, в результате проведенного исследования дальневосточных растений, мы убедились, что фитонциды обладают бактерицидными и фунгицидными свойствами в отношении не только нормальных обитателей микрофлоры человека, но и в отношении клинически значимых штаммов микроорганизмов, выделенных от пациентов с тяжелыми раневыми инфекциями.

Это дает нам право говорить об актуальности применения фитонцидов растений, которые используются в повседневной жизни населения ДВ в качестве неспецифической профилактики бактериальных заболеваний. С этой целью перспективно создание новых фитопрепаратов в виде мазей, лосьонов, паст, бальзамов, настоек и т.д. Также не малое значение в профилактике многих заболеваний имеет экологическая обстановка. В связи с этим стоит упомянуть о важности целенаправленного озеленения городов, сел, санаториев, домов отдыха и особенно больничных территорий.

КОНТРОЛЬ ВНЕШНЕЙ СРЕДЫ В ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ УЧРЕЖДЕНИЯХ МЕТОДОМ СМЫВОВ

М.Ю. Безрукавнова, Н.В. Стрельникова, И.П. Кольцов

Научные руководители: канд. мед. наук, доц. Н.В. Стрельникова, канд. мед. наук, доц. И.П. Кольцов
ДВГМУ, г. Хабаровск

Актуальность. Контроль внешней среды в лечебно-профилактических учреждениях проводят для уменьшения риска внутрибольничной инфекции пациентов и сотрудников больницы, поскольку внутрибольничная инфекция может привести к осложнениям заболевания и появлению новых инфекции у выздоравливающих пациентов.

Цель работы: определение санитарно-показательных микроорганизмов в стационарах методом смывов за 2012 и 2013 гг.

Материалы и методы. Материалы-смывы с внешней среды в производственных помещениях больницы брали со стен, шкафов, ручек дверей, столов и т.д. Смывы делали на основании нормативных документов.

Результаты исследования. Количество проведенных проб взято за 100 процентов. Из них 97 процентов проб являлись отрицательными и 3 процента положительными. Наибольшее количество выделенных микроорганизмов из общего количества положительных проб занимают *Staphylococcus aureus* и *Acinetobacter baumannii*. *Staphylococcus aureus* занимает 60 процентов от общего числа положительных проб, а *Acinetobacter baumannii* 22 процента.

Также было выявлено среднее количество положительных проб за весь период исследования. Пробы брали с разных отделений и преобладающим по микроорганизмам стало отделение общей хирургии. По последним результатам проведенных исследований за ноябрь, «первое место» заняло отделение сосудистой хирургии.

Также сравнивая результаты 2012 и 2013 годов, можно обратить внимание на неравнозначность преобладания микроорганизмов. В 2012 году в большей степени преобладает *Acinetobacter baumannii*, а в 2013 *Staphylococcus aureus*.

Выводы и обсуждения. По результатам проведенных исследований, были выявлены наиболее встречающиеся микроорганизмы в лечебно профилактических учреждениях. Наибольшее среднее количество положительных проб за период наблюдения установлено в отделениях общей хирургии и сосудистой хирургии. Наименьшее в отделении пульмонологии. При сравнении результатов за 2012 и 2013 годов было установлено, что *Acinetobacter baumannii*, преобладающая в 2012 году в 2013 встречается почти в 2 раза меньше. Преобладает тенденция увеличения *Staphylococcus aureus*. За год она увеличилась с 31 до 60 %.

Приведенные материалы подтверждают актуальность проблемы внутрибольничной инфекции. Для соответствия санитарным нормам необходим систематический контроль за микробным фоном, циркулирующим в данных отделениях.

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ И КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ВСПЫШКИ ЭПИДЕМИЧЕСКОГО ПАРОТИТА

Д.А. Бутяев

Научный руководитель: д-р мед. наук, проф. Ю.Н. Сидельников
ДВГМУ, г. Хабаровск

В течение длительного времени эпидемический паротит считался «солдатской болезнью» (И.К. Мусабаев, 1982). Последующее снижение заболеваемости паротитом в войсках объясняется сдвигом её на младшие возрастные группы населения в связи с урбанизацией, увеличением числа дошкольных детских учреждений, вакцинацией (увеличение доли иммунных призывников). В течение ряда последних лет у военнослужащих Восточного военного округа не отмечалась даже спорадическая заболеваемость. Однако в 2013 году возникла крупная вспышка инфекции, охватившая большое число военнослужащих. Вспышке предшествовало повышение заболеваемости паротитом гражданского населения ДФО.

Целью работы было исследование эпидемиологических закономерностей и клинико-лабораторных проявлений эпидемического паротита у во-

еннослужащих во время вспышки инфекции в 2013 году. В задачи исследования входило изучение эпидемиологии, клинических и лабораторных особенностей течения эпидемического паротита в однородной группе молодых мужчин. Анализу были подвергнуты истории 111 больных, находившихся на стационарном лечении в инфекционном отделении 301 ОВКГ, средний возраст которых был $19,9 \pm 0,1$ лет. Из них по призыву было 83 человека (74 %), по контракту служило – 28 человек. В сельской местности до призыва проживало 58 человек (52 %), в городах – 53 человека. Заболевание возникло на $8 \pm 0,4$ месяц после призыва. Дефицит массы тела имели 5,4 % военнослужащих (все по призыву). Сопутствующая патология выявлена у 16,2 % военнослужащих с абсолютным преобладанием гнойных поражений кожи. Диагноз был установлен на основании клинко-эпидемиологических данных. Тяжесть течения заболевания определяли по совокупности всех клинко-лабораторных данных с учетом осложнений.

Первые больные поступили на стационарное лечение 27 марта 2013 г., последние – 7 сентября 2013 г. Общая продолжительность вспышки составила 165 дней. Максимум заболеваемости пришелся на июнь. Заболевание протекало в легкой форме у 66 % больных (средний койко-день составил $10,6 \pm 0,3$, в среднетяжелой – у 34 % больных (койко-день $16,7 \pm 0,6$).

Заболевшие обратились за медицинской помощью с появлением первых признаков заболевания на $2 \pm 0,06$ день болезни, независимо от степени тяжести, и были госпитализированы на 1-3-й дни болезни. У всех госпитализированных отмечались проявления интоксикации с повышением температуры, выраженность и продолжительности которой зависели от степени тяжести и наличия осложнений. Повторное повышение температуры возникало на $7 \pm 0,5$ день болезни и чаще отмечалось при одностороннем паротите (43 %) и развитии осложнений (70 %).

Вовлечение в процесс околоушных слюнных желез – первый убедительный и очень характерный признак эпидемического паротита. Чаще процесс начинался с одной стороны, а через несколько (1-5) дней поражалась и вторая железа. Одностороннее поражение околоушных желез было у 57 %, двустороннее – у 43 % больных и проявлялось припухлостью и болезненностью. У 15 % больных отмечено поражение как околоушных, так и подчелюстных желез. В 9 % случаев отмечено изолированное поражение подчелюстных слюнных желез – у 80 % – одностороннее, и у 20 % – двустороннее.

Осложнения зарегистрированы у 15,3 % больных, чаще они отмечались на фоне одностороннего паротита (82 %). Паротитный панкреатит выявлен у 35,2 % больных, орхит – у 47,3 %, сочетание орхита и панкреатита – у 11,7 %, орхит в сочетании с менингитом – у 5,8 % заболевших. Орхит диагностировался на $10 \pm 0,5$ день болезни, жалобы и объективные проявления его продолжались $10 \pm 0,7$ дней. Менингит диагностировался при помощи люмбальной пункции на 8 день болезни, а жалобы и клиниче-

ские проявления были кратковременными – 2-3 дня. В 3 случаях специфические осложнения паротита возникли у больных с сопутствующей патологией (17 % от всех осложнений). Дефицит массы тела не повлиял на тяжесть течения и вероятность развития специфических осложнений.

Изменения количества лейкоцитов периферической крови у большинства больных не отмечалось (76 %), у 16 % был лейкоцитоз, у 8 % – лейкопения. Чаще всего лейкоцитоз выявлялся при сопутствующей патологии (достигал $12,5 \times 10^9/\text{л}$) и при возникновении специфических осложнений (достигая $10,4 \times 10^9/\text{л}$). Изменения лейкоцитарной формулы мало зависели от степени тяжести, выраженности поражения слюнных желез, наличия осложнений и чаще всего проявлялись лимфоцитозом (у 47 % больных, достигая 43 % всех лейкоцитов в среднем) и моноцитозом (46 % больных, достигая 15,2 % всех лейкоцитов в среднем).

Больным проводилась умеренная дезинтоксикационная терапия, при возникновении осложнений к лечению добавляли антибиотики и преднизолон.

Таким образом, проведенные исследования подтвердили вспышечный характер заболеваемости эпидемическим паротитом в воинских коллективах и высокую частоту развитие специфических осложнений, в основном орхитов. Показателем развития осложнений может считаться длительно сохраняющаяся лихорадка и наличие лейкоцитоза.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ЛЕПТОТРИХОЗА И КОМПЛЕКСНАЯ ИММУНО-КОРРИГИРУЮЩАЯ ТЕРАПИЯ

Д.В. И, К.С. Лунева

Научные руководители: д-р мед. наук, проф. Е.А. Козулин,
канд. мед. наук, доц. С.В. Кириллов
ДВГМУ, г. Хабаровск

Лептотрикс как этиотропный фактор заболеваемости слизистых ротовой полости впервые был описан в 1913 году Плаутом, ученый уже тогда знал, что патогенные организмы обобщенные под названием *Leptothrix*, вызывали изменения в глотке типа ангины Плаут-Винцепта (Л.Н. Машкиллейсон, А.Л. Машкиллейсон, 1966).

В настоящее время в связи с широким применением антибиотиков, цитостатиков, стероидных гормонов, снижением общей резистентности организма и иммунодефицита лептотрихоз приобретает «оппортунистические» свойства. В доступной нам литературе мы нашли скудные сведения об особенностях клинической картины, изменении иммунного статуса и о тактике ведения, лечения больных лептотрихозом.

Целью нашего исследования явилось изучение клинического состояния, иммунного статуса у больных лептотрихозом и разработка эффективной комплексной терапии.

Лептотрихоз, вызываемый нормальным сапрофитом полости рта, железосодержащей бактерией *Leptothrix buccalis*, *Leptothrix genitalium* занимает промежуточное положение между грибковыми и бактериальными инфекциями и, в сущности, являются псевдомикозом. *Leptothrix buccalis*, *Leptothrix genitalium* из рода *Leptothrichia* относятся к порядку *Actinomycetacis* и являются промежуточными формами молочнокислых палочек (Андре Фейер и соавт., 1966, Боровинский Е.В. и соавт., 1987).

Лептотрихии могут образовывать тонкие нитчатые палочки шириной 0,2-0,4 мкм, которые состоят из чередующихся светлых и темных участков имеют общую клеточную стенку и напоминают по своей структуре поперечную исчерченность «шлагбаума». Характерное свойство видов лептотрикса состоит в том, что их тонкие нити не ветвятся, не почкуются, не имеют органов плодоношения. Бациллярные элементы лептотрикса имеют длину 1-1,2 мкм, складываются в длинные сегментированные структуры толщиной до 0,6-0,8 мкм не имеющей общей структуры. Под нашим наблюдением находилось 58 больных с поражением слизистой ротовой полости и 46 пациентов слизистых гениталий – лептотрихозом. Давность заболевания варьировала от 6 месяцев до 5 лет, по возрастной структуре от 15 до 60 лет. Более половины больных ранее получали лечение по общепризнанной схеме без стойкого клинического эффекта. При обращении пациенты предъявляли жалобы на чувство жжения, покалывания и на появление серовато-грязного и светло-коричневого налета на языке, дужках мягкого неба и на слизистой гениталий (не снимается свободно шпателем).

Объективно: на слизистой ротовой полости, языка, дужках мягкого неба и на деснах точечные включения светло-коричневого цвета, на слизистой гениталий вначале появляется серовато-белесовато-грязный налет с переходом в светло-коричневый цвет, который не снимается свободно шпателем. На слизистой наружных половых органов и на влагалищной шейке матки образуются также умеренные очажки уплотнения с грязно-белесоватым и светло-коричневым налетом.

У большинства больных со стажем заболевания от 3 до 5 лет субъективно на слизистой языка беспокоит чувство умеренного покалывания, жжения (также в уретре).

Всего находилось под наблюдением и лечением 104 (из них 58 больных с лептотрихозом слизистых оболочек рта и 46 – слизистых гениталий) больных в КГБУЗ краевом кожно-венерологическом диспансере г. Хабаровска и клинике кафедры дерматовенерологии ДВГМУ. При исследовании иммунного статуса у больных были выявлены следующие изменения: дисбаланс регуляторных Т-лимфоцитов, обусловленный нестабильным снижением Т-супрессоров. В гуморальном звене отмечалось по-

вышение иммуноглобулинов-А (118,4 \pm 3.5 МЕ/мл). У 104 человек отмечалось незначительное повышение ЦИК (69,9 \pm 1.8 ед.). Контроль 47,2 \pm 4,1 ед.

Всем больным была проведена комплексная и иммунокорректирующая терапия.

Наблюдения проводили в динамике через 1,3 месяцев. На фоне приема препаратов внутрь и местной терапии у больных отмечался явный клинический эффект. При поражении ротовой полости: выздоровление 33 человек, улучшение 21 человек, рецидивы 4 человека; гениталий: выздоровление 24 человек, улучшение 16 человек, рецидивы 6 человек. При исследовании иммунного статуса в динамике отмечается тенденция к нормализации показателей иммуннограммы в течение 3 месяцев лечения. Таким образом применяемый нами комплексный метод лечения больных лептотрихозом является достаточно эффективным и патогенетически обоснованным.

ИССЛЕДОВАНИЕ КРОВИ НА СТЕРИЛЬНОСТЬ ЗА ПЕРИОД 2011–2013 ГОДЫ

М.В. Жукова

Научные руководители: канд. мед. наук, доц. Н.В. Стрельникова,
канд. мед. наук, доц. Е.В. Тазалова

ДВГМУ, г. Хабаровск

Актуальность. Нередко инфекционное заболевание и другие заболевания человека сопровождаются появлением в крови микроорганизмов, которые вызывают бактериемию, сепсис и септикопиемию. Важно выявить возбудителя инфекционного процесса и определить чувствительность к антибиотикам. Клинически установленный диагноз заболевания должен быть подтвержден данными результатов лабораторных исследований. Показаниями к бактериологическому исследованию крови являются гипотермия или лихорадка, лейкоцитоз, фебрильная нейтропения, тахикардия, гранулоцитопения, гипотензия.

Цель работы: исследование крови на стерильность от пациентов «Краевая клиническая больница № 1» за трехлетний период и выявление клинически значимых штаммов микроорганизмов из крови пациентов.

Материал исследования: кровь из локтевой вены с подозрением на бактериемию или сепсис.

Методы исследования: бактериологический и метод статистического анализа. Микробиологические методы исследования крови строго регламентированы в соответствии с Приказом Минздрава СССР от 22.04.1985 № 535 «Об унификации микробиологических (бактериологических) мето-

дов исследования, применяемых в клинико-диагностических лабораториях лечебно-профилактических учреждений».

Для первичного посева используются: двойная среда, полужидкая среда Китта-Тароцци, «среда для контроля стерильности», Жидкая среда Сабуро, «Среда со стаканчиком».

Результаты исследования:

Данные за 2011 г.: из 276 проведённых анализов крови на стерильность положительные результаты дали 11, что составляет около 4 % от общего числа. Всего выделено 3 вида микроорганизмов: *St. epidermidis*, *Candida albicans*, *Klebsiella pneumoniae*. Из них *St. Epidermidis* выявлялся наиболее часто (45 %).

Данные за 2012 г.: проведено больше анализов (311) по сравнению с предыдущим годом (276) и положительными оказались 22 (7 %), что на 3 % больше, чем в 2011г. Выявлены такие возбудители, как *S. Epidermidis* (31 %), *Enterococcus faecalis* (26 %), *Ps. aeruginosa* (9 %), *E. Coli* (9 %), грибы рода *Candida*, *Klebsiella pneumoniae* (5 %).

Данные за 2013 г.: выявлено гораздо больше видов микроорганизмов по сравнению с предыдущими годами. Среди них занимает: 1-е место – *S. Epidermidis* (25 %), 2-е место – *Enterococcus faecalis* (17 %), 3-е место – *St. aureus* (16 %), также были выявлены: *Acinetobacter anitratus* (8 %), *Enterobacter aurogenes* (6 %), *Candida krusei* (6 %). Возросло по сравнению с 2012 годом количество проведённых анализов (326) и вырос более чем в 2 раза процент положительных результатов (16 %).

Выводы

Процент бактериемии увеличивается из года в год. В 2011 году из 276 проведенных посевов, положительных 3,98 %. В 2012 г. из 311 посевов, положительных 7,07 %. В 2013 г. по результатам исследования 324 посевов, положительных 16,67 %.

По количеству выявлений возбудителей первое место за исследуемый трехлетний период занимает *S. epidermidis*. Второе место: 2011 год – *Klebsiella pneumonia*, 2012 и 2013 годы – *Enterococcus faecalis*. Третье место: 2011 год – *Candida albicans*, 2012 году делят – синегнойная и кишечная палочки, 2013 год – *Streptococcus haemolyticus*.

Такой рост выявленной бактериемии можно в первую очередь связать не с ухудшением санитарно-гигиенического благополучия населения, а с ростом профессионализма медицинских работников, внедрением всё более современных методов и технологий проведения анализов и с возросшей распространённостью данного метода бактериологического анализа.

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ПАРАЗИТОЗАМИ В НАНАЙСКОМ РАЙОНЕ ХАБАРОВСКОГО КРАЯ

Ю.А. Кваша, Н.Ю. Миропольская

Научный руководитель: канд. мед. наук, доц. Н.Ю. Миропольская
ДВГМУ, г. Хабаровск

В организме человека паразитирует более 250 видов гельминтов [Скрябин, 1969]. Они могут встречаться практически в любых органах: пищеварительном тракте, легких, мышцах, мочеполовой системе, кровеносных сосудах, головном мозгу, глазном яблоке и даже в полостях трубчатых костей. Глистные инвазии нередко приводят к серьезным нарушениям функций организма, патологическим изменениям органов, сильной интоксикации.

На территории нашей страны ежегодно регистрируется около 1 млн случаев заболеваний гельминтозами среди населения. Однако гельминтологическая статистика зачастую не отражает истинного масштаба глистных заболеваний, так как они маскируются под другие известные болезни. Монопаразитарные инвазии: энтеробиоз, аскаридоз, описторхоз, токсокароз, лямблиоз, – в настоящее время достаточно хорошо изучены.

Целью нашей работы явилось исследования смешанных форм паразитарных инвазий – микстинвазии – и их влияние на соматическую патологию у детей, проживающих в эндемичном очаге, к каким относится Нанайский район Хабаровского края.

Нами были обследованы дети с паразитарными инвазиями на базе ЦРБ п. Троицкое. В стационаре больницы получили обследование и лечение 134 детей, в возрасте от 2 лет до 14 лет, моноинвазии наблюдались у 90 детей (67,1 %), микстинвазии – у 44 больных, что составляет 32,8 %. Диагноз паразитоза устанавливался на оценке клинко-эпидемиологических и лабораторных данных. Верификация диагноза проводилась копроовоскопическим методом (обнаружение яиц гельминта, цист лямблий), серологическим методом иммуноферментного анализа с антигенами гельминтов и простейших – токсокара, клонорха, лямблии).

Два вида гельминтов было обнаружено у 23 больных (52,2 %), из них сочетание токсокары и аскариды у 13 больных, токсокары и клонорха у 10 пациентов, три вида гельминтов, в сочетании токсокары, аскариды и клонорха – у 5 больных (11,4 %), сочетание гельминтов и лямблий – у 16 детей (36,4 %), из них токсокары, аскариды и лямблий у 8 человек, токсокары, клонорха и лямблий у 6 больных и дифиллоботрии, аскариды и лямблий у 2 детей.

В исследуемой группе микстинвазий преобладало сочетание токсокароза+аскаридоза – у 13 больных (29,5 %) с такими соматическими заболеваниями, как: бронхиальная астма, дискинезия желчевыводящих путей, аллергический дерматит.

На втором месте по частоте выявлена ассоциация в организме одного ребенка токсокары и клонорха – 10 больных (22,7 %), диагностированная на фоне следующей соматической патологии: хронические заболевания желудочно-кишечного тракта и желчевыделительной системы, – 66,6 %, аллергические заболевания – 33,3 %. Клиническая картина соматических заболеваний, ассоциированных с микстинвазией токсокароз+клонорхоз, была более тяжелой и проявлялась следующими синдромами: астено-вегетативный синдром – у 100 % пациентов, диспептический синдром – у 90 % больных, кожно-аллергический синдром – у 30 % больных детей, бронхообструктивный синдром – у 10 % пациентов.

Ассоциированные инвазии 3 гельминтами представлены: сочетанием токсокароза+аскаридоза+клонорхоза – у 8 больных из 44 обследованных пациентов с микстинвазиями, что составило 18,1 %. Наиболее распространенные жалобы наших пациентов относились к проявлению астено-вегетативного и диспептического синдромов в 100 % случаев, кожно-аллергический синдром отмечался у 80 % обследованных детей, бронхообструктивный – у 40 % больных.

Обращает на себя внимание длительность течения паразитозов, которая существенно усугубляет тяжесть соматических заболеваний: в изучаемой группе больных детей микстинвазии способствовали более частым и тяжелым рецидивам бронхиальной астмы, возникновению тяжелого бронхо-обструктивного синдрома при пневмониях у пациентов, развитию аллергических реакций вплоть до отека Квинке у больных микстинвазиями.

Выводы: Микстинвазии представляют особый интерес и играют значительную роль в этиопатогенезе соматических заболеваний. Это, несомненно, указывает на необходимость дальнейшего изучения воздействия различных видов паразитов на организм ребенка.

На современном этапе недостаточно обследовать пациентов на какой-либо один вид паразитов. Широкое распространение у населения сочетаний нескольких видов гельминтами и патогенными простейшими, требует применения комплекса паразитологических и иммунологических методов диагностики. Необходимо проявлять клиническую настороженность в отношении паразитарных инвазий: в сложных и диагностически непонятных случаях тяжелой соматической патологии, когда патогенетическая терапия не дает эффективного результата, необходимо в первую очередь исключать паразитарную зараженность как достаточно коварное заболевание, которое очень успешно маскируется под иные недуги.

ЛОКАЛЬНЫЙ МОНИТОРИНГ АНТИБИОТИКОРЕЗИСТЕНТНОСТИ НЕФЕРМЕНТИРУЮЩИХ ГРАМОТРИЦАТЕЛЬНЫХ БАКТЕРИЙ

П.В. Коренева, Т.В. Шульга, А.Н. Сорголь, Н.В. Стрельникова

Научный руководитель: канд. мед. наук, доц. Н.В. Стрельникова

ДВГМУ, г. Хабаровск

Актуальность. Неферментирующие грамотрицательные бактерии (НГОБ) – разнородная группа палочковидных, овоидных или кокковидных аспорогенных подвижных или неподвижных хемоорганотрофных аэробных бактерий. Представители данной группы условно-патогенны для человека, вызывают у него заболевания мочеполовых путей и кишечника, инфицирование ожоговых, операционных и травматических ран; пневмонии, менингит, отиты и др. Заболевания, как правило, возникают у лиц со сниженным местным и общим иммунитетом в результате активации местной флоры или заноса бактерий с катетерами, бронхоскопами, ингаляционной или дыхательной аппаратурой, хирургическим инструментарием, растворами для парентерального введения, аэрозолями. Именно поэтому лечение инфекций, вызванных НГОБ, является одной из важнейших задач современной медицины. Проблема резистентности микроорганизмов к антимикробным препаратам и, как следствие, проблема лечения была, есть и останется одной из самых актуальных проблем медицины. К сожалению, в нашей стране эта проблема недооценена, в том числе и с точки зрения общественного резонанса. В то же время Всемирная организация здравоохранения считает борьбу с антибиотикорезистентностью одной из важнейших задач, о чем свидетельствует Глобальная стратегия ВОЗ по сдерживанию резистентности к противомикробным препаратам, опубликованная еще в 2001 году. Понимание этого нашло отражение и на уровне правительств многих стран. Так, в США, Франции, Великобритании, Бельгии, Канаде созданы специальные государственные комитеты, занимающиеся консультированием законодателей по проблемам и различным аспектам применения антибиотиков.

Цель работы: основной целью исследований антибиотикорезистентности является выявление приобретенной устойчивости к антибактериальным препаратам у НГОБ.

Задачи: обоснования назначения оптимальной индивидуальной антибиотикотерапии для конкретного больного; обоснования эмпирической антибиотикотерапии для отдельных нозологических форм инфекционных болезней на основании данных эпидемиологического мониторинга за уровнем антибиотикорезистентности микроорганизмов, циркулирующих в лечебно – профилактическом учреждении.

Материалы и методы: нами было исследовано 169 штаммов НГОБ, выделенных из патологического материала, полученного от больных мно-

гопрофильного стационара, за период 2012 и 2013 год. Основными биотопами, из которых выделялась данная группа микроорганизмов, были: мокрота, моча, промывные воды бронхов, экссудат из раны, отделяемое ушей, жидкость из брюшной и плевральной полостей. В нашей работе мы использовали: бактериологический, диско-диффузный, статистический методы исследования.

Результаты исследования. Можно наблюдать следующую встречаемость штаммов НГОБ: *Acinetobacter baumannii* (2012 – 47 %, 2013 – 54 %), *Pseudomonas aeruginosa* (2012 – 31 %, 2013 – 28 %) и *Acinetobacter var lwoffii* (2012 – 13 %, 2013 – 14 %). Как показывает анализ чувствительности у НГОБ наиболее устойчивы микроорганизмы к цефотаксиму, цефтазидиму, ампициллину. Также в ходе нашего исследования в Хабаровском многопрофильном ЛПУ была выявлена полная резистентность среди НГОБ, составляющая 4,7 % за 2012 год и 5,3 % за 2013 год.

Выводы

Проведя анализ за последние 2 года, мы выяснили, что по распространенности среди НГОБ первое место занимает *Acinetobacter baumannii*. Наибольшее распространение бактерий данной группы в биотопах раны, мокроты и мочи. Первое место среди отделений по частоте встречаемости штаммов занимает хирургическое отделение. В большинстве случаев данные микроорганизмы встречаются в виде моноинфекции. В микстинфекции чаще выявляется *Acinitobacter varlwoffii*.

Обсуждение. Необходимо сократить потребление антибиотиков, к которым сформировалась устойчивость. Найти равную им по эффективности замену. Основной организационной мерой, направленной на снижение уровня резистентности к антибиотикам является разработка национальных рекомендаций по ограничению использования этих антибиотиков при лечении. Общим выводом является то, что контроль над распространением среди микроорганизмов резистентности к антибиотикам в больших географических регионах возможен не только теоретически, но и практически.

ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ВЛАГАЛИЩА, ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ К АНТИБИОТИКАМ, ОСНОВНЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ

А.В. Котельникова, С.Ф. Венцов

Научные руководители: Л.И. Венцова, канд. мед. наук,

доц. Н.В. Стрельникова

ДВГМУ;

Краевая клиническая больница № 1, г. Хабаровск

Проблема воспалительных заболеваний женских половых органов по-прежнему остаётся актуальной, в связи с их высокой частотой и тенденцией к затяжному течению. К воспалительным заболеваниям влагалища бактериального и грибкового генеза относятся: вульвовагиниты, бактериальные вагинозы, вагиниты, слизисто-гнойные цервициты, кандидозы – все они, при затяжном течении и некорректном, несвоевременном лечении, могут приводить не только к хроническим воспалительным процессам в органах репродуктивной системы женщин, но и в 40 % случаев становятся причиной бесплодия и невынашивания беременности у женщин фертильного возраста.

Вульвовагинит – воспаление вульвы/влагалища, характеризующееся патологическими выделениями в структуре клинических форм наиболее часто встречаются (в 90 % случаев): бактериальный вагиноз, кандидозный вульвовагинит (кандидоз), вагинит, связанный с инфекционным цервицитом, бактериальные вагиниты, вызванные различными штаммами микроорганизмов, идиопатический.

Основные направления в диагностике: диагноз вульвовагинита ставится на основании клинической картины (воспалительная реакция, характер выделений, диспареуния).

Критерии бактериального вагиноза/вульвовагинита: гомогенные, белые, серые/пенистые выделения из влагалища, при отсутствии явных признаков воспаления на наружных половых органах женщины, наличие «ключевых клеток» + аминный тест, $Ph \geq 4,5$.

Критерии кандидозного вульвовагинита/цервицита: наличие признаков воспаления: зуд, эритема, отек вульвы и влагалища, жжение, наличие выделений умеренных, вязких, неомогенных, слизистых/творожистых, наличие дизурии, диспареунии, отр. аммонийный тест $Ph < 4,5$.

Целью нашего исследования было изучение микробного пейзажа органов репродуктивной системы беременных женщин с воспалительными процессами с определением чувствительности микроорганизмов к антибиотикам.

Материалы и методы. В ходе исследовательской работы, которая выполнялась в течение 2013 года на базе гинекологического отделения и

бактериологической лаборатории КГБУЗ № 1 им. Проф. С.Ф.Сергеева, нами проводился забор содержимого влагалища женщин фертильного возраста, госпитализированных в связи с угрозой прерывания беременности и иной патологией воспалительного генеза. Определение микроорганизмов проводилось с помощью бактериологического метода по стандартным методикам. Затем у выделенных штаммов определяли чувствительность к антибиотикам диско-диффузным методом по стандартным методикам на среде Мюллера – Хинтона.

Результаты. Всего обследовано 62 женщины, средний возраст которых составил $28,1 \pm 2,6$ лет. Ведущее место среди воспалительных заболеваний репродуктивной системы женщин фертильного возраста занимали: цервицит – у 12 исследованных женщин (19,35 %), бактериальный вагиноз – у 10 беременных (16,12 %), вагинальный кандидоз – у 8 (12,90 %) пациенток, затем следует вагинит – у 4 женщин (6,45 %), остальная патология была представлена эндометриозной болезнью, эрозией шейки матки, воспалением придатков. В ходе проведенных исследований были получены следующие данные: из грамм отрицательной флоры преобладали *Escherichia coli* – у 10 исследованных женщин (16,13 %). Данный вид микроорганизма оказался наиболее чувствительным к ципрофлоксацину, цефтриаксону – в 87 % случаев и имипенему, амикацину – в 100 %. Реже выделялся *Proteus mirabilis* – у 2 беременных (3,2 %), который был наиболее чувствителен к оксациллину, амикацину, ванкомицину – 100 % случаев и левофлоксацину – 50 %. Из грамм положительной микрофлоры чаще всего у беременных женщин обнаруживались *Staphylococcus epidermidis* – у 10 женщин (16,13 %), *Staphylococcus aureus* – у 7 женщин (11,29 %), *Streptococcus viridans* – у 5 (8,06 %). Данные штаммы микроорганизмов были чувствительны к оксациллину, амоксиклаву, цефепиму и левофлоксацину в 100 % случаев. *Streptococcus pyogenes* был выделен у 4 женщин (6,45 %) со 100 % чувствительностью к цефепиму и цефтриаксону. Выделены грибы *Candida albicans* у 5 женщин (8,06 %), *C. kruzei* и *C. tropicalis* – у 3 (4,83 %). У грибов высокая чувствительность определялась к флуконазолу, кетоконазолу, нистатину в 85 % случаев.

Выводы

Таким образом, в результате проведенных исследований установлено: если врач хочет, чтобы лечение вульвовагинитов различной этиологии и течения было эффективным и безопасным, то необходимо каждой пациентке проводить лабораторное обследование и определение чувствительности к антибиотикам выделенных штаммов микроорганизмов.

СОВРЕМЕННЫЕ СРЕДСТВА СВЯЗИ КАК ФАКТОРЫ ПЕРЕДАЧИ ИНФЕКЦИИ

А.В. Котельникова, Т.И. Юрасова

Научный руководитель: канд. мед. наук, доц. Н.В. Стрельникова
ДВГМУ;

МБОУ «Лицей инновационных технологий», г. Хабаровск

Грипп, диарея, глазные инфекции – лишь небольшой перечень неприятностей, которые могут настичь владельца средств современной связи. Смартфоны и др. считаются наиболее опасными в качестве факторов передачи инфекций, в сравнении с клавиатурой, мышкой компьютера, дверными ручками, деньгами, потому что это предметы имеют прямой контакт с областью ушей и рта. Целью исследования было определить уровень загрязнения санитарно-показательными бактериями предметов личного пользования и объектов окружающей среды учеников 8А класса. Всего было обследовано 25 объектов. Исследование проводилось методом случайной выборки объектов. Данная работа была проведена в период с декабря 2013 г. по февраль 2014 г. Первый этап работы проводился в кабинете биологии (№ 29) МБОУ ЛИТ г. Хабаровска. Были взяты смывы с экранов сотовых телефонов учеников 8А класса, их планшетов (с экранов, т. е. с рабочей поверхности) (приложение 2), парт, выключателя, ручек дверей, дозатора мыла в туалете). Бактериологическое исследование было проведено согласно методическим указаниям МУ 4.2.2942-11 и приказа № 720 для определения группы возбудителей, включающее определение стафилококков, кишечных палочек, сальмонелл и синегнойной палочки. В ходе проведения микробиологического исследования были получены следующие результаты. Бактерии рода *Staphylococcus* были выделены с 17 (68 %) предметов. *Staphylococcus aureus* был определен в 4 % (1 случай) и с экрана сотового телефона. *Staphylococcus epidermidis* был выявлен в 6 (24 %) случаях. Данный возбудитель встречался в смывах, взятых с экранов сотовых телефонов, рабочих поверхностей планшетов, парт. *Staphylococcus saprophyticus* был выделен в 11 (44 %) случаях и присутствовал на партах, выключателях, экранах сотовых телефонов, рабочих поверхностях планшетов. На некоторых предметах встречались несколько возбудителей одновременно. Бактерии рода *Streptococcus* (энтерококки) были высеяны с 6 (24 %) предметов. *Enterobacter cloacae* в 4 (16 %) случаях, из них в 5 смывах с дверных ручек (классной комнаты и туалета), дозатора для мыла (в туалете) и в одном смыве с поверхности парты. В остальных 4 (16 %) смывах определялась сапрофитная кокковая флора (микрококки, сарцины).

При проведении данного исследования можно сказать, что на объектах окружающей среды и предметах личного пользования присутствует флора, характерная для человека, поскольку стрептококки и стафилококки

являются условно-патогенными микроорганизмами. Однако наличие *Enterobacter cloacae*, встречающегося преимущественно в толстом кишечнике, на предметах окружающей среды (в туалетной комнате и партах) говорит именно о несоблюдении простых правил гигиены (мытьё рук). Присутствие же *Staphylococcus aureus*, который является абсолютным патогенным возбудителем, на предметах личного пользования (сотовый телефон) является опасным фактором. Поскольку данный предмет при использовании находится вблизи глаз, полости рта и тесно соприкасается непосредственно с кожей лица, шеи, уха. При этом сам хозяин данного телефона может более часто (чем другие учащиеся класса) подвергаться инфекционным болезням (конъюнктивит, стоматит, фурункулез (гнойники) на коже). В другом случае он может быть носителем стафилококковой инфекции (бактерионосителем), что повышает риск заражения окружающих людей подобными инфекциями, особенно если данный предмет также передается из рук в руки.

Таким образом, по результатам исследования можно сделать следующие выводы: в структуре микробной флоры на предметах личного пользования и объектах окружающей среды учеников 8А класса выявлено, что в 20 % случаев, то есть с каждого пятого предмета выявляется *Staphylococcus aureus* и *Enterobacter cloacae*.

В результате исследования могут быть предложены практические рекомендации для профилактики загрязнения предметов личного пользования: носить телефон в чехле, что уменьшит попадание на них микроорганизмов; ежедневно проводить обработку салфетками и моющими средствами сотового телефона; соблюдать общеизвестные правила личной гигиены – мыть руки с мылом после контакта с телефоном, умываться с мылом после прихода из школы и/или в конце рабочего дня, мыть руки посещения туалетной комнаты.

Практические рекомендации для профилактики загрязнения объектов окружающей среды учеников 8А класса должны включать: после каждого урока проветривать классную комнату; регулярно проводить влажную уборку классной комнаты с использованием моющих средств. Данные практические рекомендации можно использовать для учащихся других классов и школ.

**КАНДИДЫ И КАНДИДОЗЫ.
ДАННЫЕ ЛОКАЛЬНОГО МОНИТОРИНГА КЛИНИЧЕСКИ
ЗНАЧИМЫХ ГРИБОВ РОДА CANDIDA В ОТДЕЛЕНИЯХ
МНОГОПРОФИЛЬНОГО СТАЦИОНАРА В 2013 ГОДУ**

Т.В. Мощеева

Научные руководители: канд. мед. наук, доцент Н.В. Стрельникова,
канд. мед. наук, доцент Е.В. Тазалова
ДВГМУ, г. Хабаровск

Грибы рода *Candida* вызывают кандидозы. Частота заболеваемости кандидозом за последние 15-20 лет у детей раннего возраста достигает 15 %, у взрослых до 17. Грибы рода *Candida* заселяют тело человека с момента появления его на свет. Когда рост грибов выходит из-под контроля иммунной системы, может возникнуть серьезное заболевание. К факторам, которые увеличивают процент носительства грибов рода *Candida*, относят: снижение процесса слюноотделения, низкий pH слюны, увеличение концентрации глюкозы в слюне, а также курение. Клинически значимыми видами являются *C. albicans*, *C. krusei*, *C. tropicalis*, *C. glabrata*.

Цель работы: Локальный мониторинг клинически значимых грибов рода *Candida* и чувствительности к антимикотикам.

Материалы и методы исследования. Материалы для исследования: мокрота, моча, мазки из зева, носа, промывные воды, содержимое ран, мазки из влагалища, перитонеальная жидкость и многое другое. Применялись следующие методы: микроскопический, микологический, дискодиффузный методы.

Результаты исследования. Материалы для исследования из которых были выделены грибы рода *Candida* в 2013 году: первое место заняла мокрота – 58 %, на втором месте – промывные воды – 14 %, третье место – мазки из влагалища – 8 %, мазки из зева и из ротовой полости – 5 %. Выделенные штаммы в количестве 214 в 2013 году: в декабре составило 22 %, в ноябре – 12 %, в марте и августе – 9 %, в феврале и апреле – 8 %, в январе, мае, июне – 7 %, в октябре – 5 %, в сентябре и июле – 3 %. Выявляемость грибов рода *Candida* в зависимости от пола за 2013 год: мужской пол составил – 55 %, женский пол составил – 45 %. Выявляемость грибов рода *Candida* в зависимости от диагноза за 2013 год: на первом месте пневмония, которая составила 26 %, на втором месте ХОБЛ – 20 %, третье место занял плеврит – 2 %, а также лимфома, перитонит, эндоцервицит, саркоидоз, ревматоидный артрит, анемия и другие, не превысили 1 %. Распределение грибов по видам за 2013 год: наибольший процент составила *C. Albicans* – 90 %, второе место заняла *C. Tropicalis* – 6 % и третье место *C.krusei* – 4 %. Чувствительность к антимикотикам грибов в 2013 году: к нистатину составило 33 %, к клотримазолу – 26 %, к амфотерицину В – 15 %, к кетоконазолу 14 %, к итраконазолу и флюконазолу составили 6 %.

Устойчивость к антимикотикам грибов в 2013 год: к флюконазолу составило 23 %, к итраконазолу – 22 %, к кетоконазолу – 20 %, к амфотерицину и клотримазолу составило менее 13 %.

Заключение и обсуждение. Таким образом, в 2013 году было проведено 214 исследований, из которых 118 человек (55 %) – мужчины, 96 человек (45 %) – женщины. Наиболее частым материалом для исследования были: мокрота – 58 %, промывные воды – 14 %, мазки из влагалища – 8 %. Видовой состав за 2013 год: *C. Albicans* – 90 %, *C. Tropicalis* – 6 %, *C. krusei* – 4 %. Наиболее чувствительны к антимикотикам: к нистатину составило 33 %, к клотримазолу – 26 %, к амфотерицину В – 15 %. Наиболее устойчивы: к флюконазолу – 23 %, к итраконазолу – 22 %, к кетоконазолу – 20 %. Выявляемость в зависимости от диагноза: первое место занимает пневмония – 26 %, второе место хронические обструктивные болезни легких – 20 %, третье место плеврит – 2 %.

Профилактика кандидоза заключается в своевременном его предупреждении у людей, входящих в группу риска: прошедших длительное лечение антибиотиками, иммунодепрессантами, гормонами, с иммунодефицитными состояниями. Лечение антибиотиками при различных заболеваниях должно быть разумным, настоятельно не рекомендуется использовать антибиотики в качестве самолечения, без совета врача. Закаливание, занятия спортом укрепляют организм, повышают сопротивляемость любым видам инфекций. При явлениях дисбактериоза кишечника, необходима диета, включающая кисломолочные продукты с лакто- и бифидобактериями, квашеные овощи, каши из злаков с элементами оболочки, а также лекарственные средства, способствующие восстановлению нормального состава микрофлоры. Следует отказаться от применения мыла и зубных паст с антибактериальными добавками. Одежда и белье не должны создавать парникового эффекта на коже. Предметы окружающего быта должны поддерживаться в чистоте.

ОСТРЫЕ КИШЕЧНЫЕ ИНФЕКЦИИ, ВЫЗВАННЫЕ УСЛОВНО-ПАТОГЕННОЙ ФЛОРОЙ

Р.Л. Козлова, О.А. Кройтор

Научный руководитель: канд. мед. наук, доц. Я.А. Журавлёв

ДВГМУ, г. Хабаровск

Актуальность проблемы. Острые кишечные инфекции сохраняют ведущие позиции в структуре инфекционной патологии и имеют достаточно широкое распространение.

В инфекционной патологии человека все большую значимость приобретают условно-патогенные грамотрицательные энтеробактерии и стафилококки. Основными причинами этого являются нарушение экологической

обстановки, наличие постоянного резервуара условно патогенных микроорганизмов в природе, нерациональное применение антибиотиков, снижение иммунологической резистентности.

Цель исследования: оптимизация оказания медицинской помощи пациентам с острыми кишечными инфекциями, вызванными условно-патогенными микроорганизмами, путем разработки статистически обоснованных вероятностных алгоритмов дифференциальной диагностики.

Задачи

1. Провести анализ годовой заболеваемости острыми кишечными инфекциями, вызванными условно-патогенной флорой с определением спектра возбудителей.

2. Найти достоверные различия клинических проявлений острых кишечных инфекций, вызванных условно-патогенной флорой.

3. Разработать статистически обоснованные вероятностные алгоритмы дифференциальной диагностики кишечных инфекций, обусловленных условно-патогенной флорой.

Материалы и методы. Проведен анализ 161 медицинской карты стационарного больного пациентов инфекционного отделения КГБУЗ «Городская клиническая больница № 10» министерства здравоохранения Хабаровского края за 2012 год с острыми кишечными инфекциями, вызванными условно-патогенной флорой. Для выявления особенностей клинической картины исследуемых заболеваний проводился анализ 39 клинико-лабораторных симптомов.

Базовый статистический анализ проведен с расчетом средних показателей и их ошибок, критерия достоверности различия Стьюдента ($p < 0,05$).

Разработка статистически обоснованных вероятностных алгоритмов дифференциальной диагностики проводилась при помощи методов многомерной статистики в программном комплексе Statistica.

Результаты. В 2012 году у 171 пациента инфекционного отделения были выявлены диарейные заболевания, вызванные условно-патогенной флорой, что составило 8,25 % от общей заболеваемости и 16,43 % от заболеваемости острыми кишечными инфекциями, опередив заболеваемость сальмонеллезом (9,32 %) и шигеллезом (2,31 %).

Наиболее часто встречающимся возбудителем среди условно-патогенной флоры были клебсиеллы (41 %), далее следовали протей (18 %) и золотистый стафилококк (15 %). Реже отмечались случаи выделения цитробактера (10 %), энтеробактера (7 %), синегнойной палочки (6 %), кишечной палочки (2 %) и кандид (1 %).

Методом прямого пошагового дискриминантного анализа из 39 исследуемых клинико-лабораторных симптомов были выявлены 6 показателей, достоверно различающих изучаемые группы, которые легли в основу линейных классификационных функций (ЛКФ), позволяющих статистически обоснованно отнести объект исследования к одной из изучаемых групп

(клебсиеллез, протеоз, стафилококкоз, энтеробактериоз, цитробактериоз, псевдомоноз).

$$\text{ЛКФ}_{\text{клебсиеллез}} = x_1 \cdot 3,06518 + x_2 \cdot 0,31606 + x_3 \cdot 0,20045 + x_4 \cdot 1,35543 + x_5 \cdot 0,25825 + x_6 \cdot 0,11922 - 6,52316$$

$$\text{ЛКФ}_{\text{протеоз}} = x_1 \cdot 3,36018 + x_2 \cdot 0,53862 + x_3 \cdot 0,29995 + x_4 \cdot 1,04341 + x_5 \cdot 0,13265 + x_6 \cdot 0,15584 - 9,06864$$

$$\text{ЛКФ}_{\text{стафилококкоз}} = x_1 \cdot 4,64897 + x_2 \cdot 0,41177 + x_3 \cdot 0,25972 + x_4 \cdot 2,43748 + x_5 \cdot 0,24127 + x_6 \cdot 0,11548 - 8,65938$$

$$\text{ЛКФ}_{\text{цитробактериоз}} = x_1 \cdot 6,099 + x_2 \cdot 1,0192 + x_3 \cdot 0,4121 + x_4 \cdot 1,0558 + x_5 \cdot 0,0415 + x_6 \cdot 0,141 - 12,0161$$

$$\text{ЛКФ}_{\text{энтеробактериоз}} = x_1 \cdot 3,19053 + x_2 \cdot 0,54904 + x_3 \cdot 0,21616 + x_4 \cdot 3,72696 + x_5 \cdot 0,32902 + x_6 \cdot 0,07673 - 9,12123$$

$$\text{ЛКФ}_{\text{псевдомоноз}} = x_1 \cdot 4,45699 + x_2 \cdot 0,24376 + x_3 \cdot 0,09093 + x_4 \cdot 3,43223 + x_5 \cdot 0,311 + x_6 \cdot 0,10915 - 9,63039$$

где x_1 – стул водянистый (0 - нет / 1 - да); x_2 – длительность лихорадки более 37°C (сут); x_3 – рвота в первый день (количество раз); x_4 – боли в эпигастрии (0 - нет / 1 - да); x_5 – жидкий стул (макс. количество раз в сутки); x_6 – возраст (лет).

Выводы

1. Условно патогенная флора является нередким этиологическим фактором у пациентов, госпитализированных в инфекционное отделение по поводу диарейных заболеваний; доля данных пациентов в общей заболеваемости составила 8,25 % (каждый двенадцатый пациент).

2. Найденные линейные классификационные функции могут применяться для статистически обоснованной вероятностной дифференциальной диагностики и оптимизации лечения клебсиеллеза, протеоза, стафилококкоза, цитробактериоза, энтеробактериоза и псевдомоноза.

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ОСТРЫХ КИШЕЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ В ХАБАРОВСКЕ

Н.А. Павлющенко

Научный руководитель: канд. мед. наук, доц. Е.В. Мокрецова

ДВГМУ, г. Хабаровск

Острые кишечные инфекции в России, как и во всём мире, стабильно лидируют среди инфекционных заболеваний в течение многих лет. В свою очередь, среди кишечных инфекций, согласно данным мировой литературы, первое место занимают кишечные инфекции неуточнённой этиологии, вирусной этиологии, затем кишечные инфекции, обусловленные условно-патогенной микрофлорой и сальмонеллёзы. В связи с этим представляется интересным проанализировать этиологическую структуру и дать эпиде-

миологическую характеристику острых кишечных инфекций в г. Хабаровске.

Нами было обработано 1 041 история болезни пациентов, находящихся на лечении в 10 ГКБУЗ с диагнозом «кишечные инфекции» в 2012 году. Что составляет 52 % от всех пациентов, получивших лечение в инфекционном стационаре в течение этого года. Средний койко-день составил 4,7.

Зарегистрировано 2 подъёма заболеваемости: летне-осенний (август, сентябрь) и зимний (январь, февраль). Летний подъём обусловлен частым употреблением в пищу свежих овощей и фруктов, купленных на рынке, а также с собственных дачных участков и недостаточной гигиенической обработкой этих продуктов. Также летний подъём заболеваемости кишечными инфекциями связан с употреблением в пищу продуктов с неправильным температурным режимом хранения (сальмонеллёз, пищевые отравления). Зимний подъём заболеваемости можно объяснить чередой зимних праздников, выпадающих на этот период времени, сопровождающихся многочисленными застольями, и более частым посещением общепита (кафе, рестораны). Минимальный уровень заболеваемости кишечными инфекциями был зарегистрирован в мае. Среди диагнозов преобладают лёгкие и среднетяжёлые формы острого гастроэнтерита, пищевого отравления и сальмонеллёза

В структуре острых кишечных инфекций на сегодняшний день первое место занимают гастроэнтериты и гастроэнтероколиты неуточнённой этиологии (66,2 %), затем следуют пищевые отравления (22,2 %). Наибольшее число острых гастроэнтеритов зарегистрировано в январе (16,4 %) и феврале (13,8 %), в августе и сентябре по 9,6 % соответственно. Так же выражено сезонное повышение заболеваемости пищевыми отравлениями с июня по сентябрь с максимумом в июле (12,5 %) и относительное повышение заболеваемости в ноябре и декабре – 10,9 % и 9,8 % соответственно. В группу пищевых отравлений входят токсикоинфекции, обусловленные продуктами жизнедеятельности бактерий, а также, возможно, лёгкие формы вирусных гастроэнтеритов, этиологически не расшифрованные.

Заболеваемость сальмонеллёзом остаётся стабильно-невысокой (9,3 % в структуре ОКИ). Максимальное количество больных зарегистрировано в июле – (19,2 %), июне, августе и сентябре по – (11,5 %).

Резко снизилось количество кишечных инфекций с преимущественно водным путём передачи, таких как гепатит А (5 случаев зарегистрировано в 2012 г.), шигеллёз (2,3 % в структуре ОКИ), брюшной тиф (в 2012 году не регистрировался). Это обусловлено удовлетворительным качеством воды по её микробиологическим показателям и хорошей работой Горводоканала. Таким образом, можно считать, что водный путь передачи кишечных инфекций в городе Хабаровске практически ликвидирован.

Высокая заболеваемость острых кишечных инфекций, обусловленных пищевым путём сохраняется из-за частого посещения мест общественного

питания и употребления в пищу продуктов китайского производства – фрукты и овощи, заражённых вирусами. Следует признать улучшение качества яиц, и в целом работы отрасли птицеводства в г. Хабаровске и Хабаровском крае, т.к. уровень заболеваемости сальмонеллёзом остаётся невысоким.

Заболеваемость кишечными инфекциями в г. Хабаровске на сегодняшний день полностью соответствует мировой статистике кишечных инфекций.

АНАЛИЗ ОБРАЩЕНИЙ ЗА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩЬЮ УКУШЕННЫХ МЛЕКОПИТАЮЩИМИ В ХАБАРОВСКЕ ЗА 2013 ГОД

Т.С. Паневин

Научный руководитель: д-р мед. наук, проф. Ю.Н. Сидельников
ДВГМУ, г. Хабаровск

Южные районы Хабаровского края и Еврейская автономная область являются крайне неблагополучными по бешенству [В.И. Волков и соавт., 2005]. Причиной этого смертельного заболевания являются укусы домашними (более 70 %) или дикими животными. В последние годы растет количество людей, обратившихся за медицинской помощью по поводу укусов, так в 2012 году по информации Министерства здравоохранения Хабаровского края в крае было зарегистрировано 5 018 случаев укусов человека животными. В связи с этим экстренная специфическая профилактика бешенства у укушенных является одной из актуальных проблем здравоохранения края.

Целью исследования являлось изучение обращаемости за медицинской помощью укушенных млекопитающими в ЛПУ Хабаровска и тактики медицинских работников. Для исследования использовали журналы учета антирабической помощи травматологических пунктов Хабаровска, приемного отделения КГБУЗ ГKB №10, куда больные обращались после укусов, а так же журналы учёта антирабической помощи поликлиник № 3, 5, 6, 7, 10, 16, где проводилась вакцинация укушенных.

Всего за 2013 год в данных ЛПУ было зарегистрировано 2 044 обращения, из них 1/3 обратившихся – дети. Значительное увеличение числа обратившихся пришлось на начало лета с пиком в июле-августе и постепенным снижением к декабрю. Лица мужского пола составили 51 % у взрослых и 48 % – у детей.

Укусы чаще были нанесены на улице (до 85 % в мае-июне). Причиной укусов 50 % пострадавших взрослых считают своё агрессивное поведение в отношении кусавших животных (дети – 39 %). В день укуса за помощью обратились 60 % взрослых и 72 % детей, на следующий день после укуса

19 % и 25 % соответственно. 7 детей обратились за помощью в срок более 5 дней с момента укуса, а у взрослых таких поздних обращений было 32 (2 %). Наиболее часто обращались лица в возрасте от 5 до 11 лет, второй, подъем приходился на возраст от 20 до 40 лет, третий – менее значимый – на 60-64 года.

95 % укусов – это укусы потенциальными носителями вируса бешенства. Из них только две трети нанесены домашними животными, из них от бешенства по данным опроса привито всего 4,4 %. Более половины (52 %) укусов детей совершено собаками (у взрослых – 44 %) независимо от пола пострадавших (50/50 %). «Неизвестные» (бродячие) собаки примерно одинаково часто кусали как детей, так и взрослых (27 % и 25 % соответственно). Второе место после собак занимают кошки; детей они кусали реже (16 %), чем взрослых (26 %). Крысиные укусы составили 3 %. Мыши за год покусали 14 людей (0,7 %). Остальные случаи казуистические: детей кусали, помимо вышеперечисленных, хорёк, хомяк, бурундук, норка, ёж, обезьяна; взрослых – хомяк, хорёк, выдра, обезьяна, дикий кабан, лошадь, летучие мыши.

У детей чаще всего от укусов страдали голень (29 %), кисть (24 %), бедро (17 %) и предплечье (14 %), голова (8 %). Поскольку патогенез бешенства сокращается при укусе за кисть или голову, то 32 % детей имели высокие риски короткого инкубационного периода (у детей до года такая локализация укусов была почти у 80 % пострадавших). Мальчиков животные чаще кусали за нижние конечности и голову, в то время как девочек – за верхние конечности.

У взрослых доминирующее положение занимали укусы за кисть – 39 % (19 % – левая и 20 % – правая), голень (28 %), предплечье (14 %), бедро (7 %). Реже отмечались укусы стопы (5 %), головы, туловища, плеч, коленей и ягодиц (в сумме 7 %); достоверных различий в локализации укуса в зависимости от пола выявлено не было.

Всем обратившимся была проведена первичная хирургическая обработка раны, и в каждом отдельном случае решался вопрос о начале проведения специфической антирабической профилактики. У детей из 669 пострадавших, в 57 случаях был подписан отказ от проведения вакцинации/введения иммуноглобулина. Из данных отказов 84 % пришлось на укусы домашними животными, которых можно наблюдать. Антирабическая вакцина (АВ) у детей с 5 лет вводилась в плечо, до 5 лет – в бедро. При 14 из 17 укусов крысами и 5 из 8 укусов мышами вне зависимости от локализации в качестве антирабической помощи применялись и вакцина, и антирабический иммуноглобулин (АГ). При укусах собаками антирабический иммуноглобулин, как дополнение вакцинации, применялся при обширных глубоких и множественных поверхностных ранах, а так же при укусах за кисть и за голову. Однако из 50 укусов за голову лишь в 11 слу-

чаях использовалась комбинация АВ+АГ, а при укусах за кисть АВ+АГ применялись, в основном, когда кусали мыши и крысы.

96 % взрослых проводилась вакцинация от бешенства, а 43 % укушенных дополнительно вводился АГ: укушенным за голову, шею, кисть, пальцы ног, при всех укусах грызунами и при 2 из 4 укусах летучими мышами, а так же при всех глубоких ранах.

Таким образом, материалы нашего исследования подтверждают значительную частоту укусов хабаровчан животными – потенциальными носителями вируса бешенства, частой локализацией укусов в места с короткой инкубацией заболевания, актуальность проведения антирабической вакцинации укушенных, в ряде случаев дополненной введением антирабического иммуноглобулина.

О ВОЗМОЖНОСТИ ВЕРОЯТНОСТНОЙ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ КОРИ И КРАСНУХИ

Д.А. Сизов

Научный руководитель: канд. мед. наук Я.А. Журавлёв

ДВГМУ, г. Хабаровск

Актуальность проблемы. Корь и краснуха в настоящее время имеют важное клинико-эпидемиологическое значение. Особую важность представляет дифференциальная диагностика данных заболеваний.

Цель исследования: оптимизация оказания медицинской помощи пациентам с экзантемными заболеваниями путем разработки статистически обоснованных вероятностных алгоритмов дифференциальной диагностики.

Задачи

1. найти достоверные различия клинических проявлений кори и краснухи.
2. разработать статистически обоснованные вероятностные алгоритмы дифференциальной диагностики кори и краснухи.

Материалы и методы. Проведен анализ 16 и 23 медицинских карт стационарного больного пациентов инфекционного отделения КГБУЗ «Городская клиническая больница № 10» Министерства здравоохранения Хабаровского края за 2012 год соответственно с корью и краснухой. Для выявления особенностей клинической картины исследуемых заболеваний проводился анализ 95 клинико-лабораторных симптомов.

Базовый статистический анализ проведен с расчетом средних показателей и их ошибок, критерия достоверности различия Стьюдента ($p < 0,05$).

Разработка статистически обоснованных вероятностных алгоритмов дифференциальной диагностики проводилась при помощи методов многомерной статистики в программном комплексе Statistica.

Результаты. Методом прямого пошагового дискриминантного анализа из 95 исследуемых клинико-лабораторных симптомов были выявлены 7 показателей, достоверно различающих изучаемые группы, которые легли в основу линейных классификационных функций (ЛКФ), позволяющих статистически обоснованно отнести объект исследования к одной из изучаемых групп (корь, краснуха).

$$\text{ЛКФ}_{\text{корь}} = x_1 \cdot 15,8715 + x_2 \cdot 4,9928 + x_3 \cdot 0,3940 + x_4 \cdot 9,2224 + x_5 \cdot 5,3105 + x_6 \cdot 19,0475 - x_7 \cdot 5,1139 - 50,9863 \quad (1)$$

$$\text{ЛКФ}_{\text{краснуха}} = -x_1 \cdot 1,7789 + x_2 \cdot 1,1595 + x_3 \cdot 0,7618 - x_4 \cdot 0,7668 + x_5 \cdot 1,4631 + x_6 \cdot 9,8016 - x_7 \cdot 2,2365 - 27,1411 \quad (2)$$

где x_1 – выраженность кашля (0 – нет / 1 – слабый, 2 – средний, 3 – сильный, 4 – очень сильный); x_2 – сыпь на лице (0 – нет, 1..10 – день появления); x_3 – сегментоядерные нейтрофилы в общем анализе крови (количество); x_4 – иммунизация лимфоцитов в общем анализе крови (0 – нет / 1 – да); x_5 – насморк (0 – нет, 1..10 – день появления); x_6 – пол (1 – м / 2 – ж); x_7 – длительность лихорадки более 38°C (сут).

Таким образом, при первичном осмотре пациента для проведения статистически обоснованной дифференциальной диагностики кори и краснухи нами предлагается определять выраженность указанных симптомов и рассчитывать ЛКФ для каждого дифференцируемого состояния по представленным формулам (1, 2). Вывод о статистически наиболее вероятном заболевании (кори, краснухе) следует сделать в пользу того состояния, ЛКФ которого принимает наибольшее значение.

Выводы

1. Найдены достоверные различия клинико-лабораторных проявлений кори и краснухи.
2. Для статистически обоснованной вероятностной дифференциальной диагностики кори и краснухи могут применяться линейные классификационные функции.
3. Применение на практике разработанного метода вероятностной дифференциальной диагностики способно оптимизировать оказание медицинской помощи больным с экзантемными заболеваниями.

ЛОКАЛЬНЫЙ МОНИТОРИНГ АНТИБИОТИКОРЕЗИСТЕНТНОСТИ БАКТЕРИЙ ГРУППЫ КИШЕЧНОЙ ПАЛОЧКИ

А.Е. Сорголь, Т.В. Шульга, П.В. Коренева, Н.В. Стрельникова

Научный руководитель: канд. мед. наук, доц. Н.В. Стрельникова

ДВГМУ, г. Хабаровск

Актуальность. БГКП (бактерии группы кишечной палочки) – обширная группа микроорганизмов, куда входят представители родов: эшерихия, цитробактер, энтеробактер, клебсиелла, серация и др. *Escherichia coli* – подвижная палочковидная бактерия, обитающая в кишечнике животных и человека. Обнаруживается в почве и водоемах. Патогенные формы – возбудители кишечных болезней (коли-инфекций). *Escherichia coli* – индикатор фекального загрязнения. Еще один представитель данной группы микроорганизмов – *Klebsiella* – известен как возбудитель заболеваний дыхательных путей (пневмония, риносклерома), а также заболеваний урогенитального тракта, мозговых оболочек, глаз, суставов и позвоночника. Именно поэтому лечение кишечных инфекций антибиотиками является одной из важнейших задач современной медицины. Проблема резистентности микроорганизмов к антимикробным препаратам и, как следствие, проблема лечения была, есть и останется одной из самых актуальных проблем медицины. К сожалению, в нашей стране эта проблема недооценена, в том числе и с точки зрения общественного резонанса. В то же время Всемирная организация здравоохранения считает борьбу с антибиотикорезистентностью одной из важнейших задач, о чем свидетельствует Глобальная стратегия ВОЗ по сдерживанию резистентности к противомикробным препаратам, опубликованная еще в 2001 году. Понимание этого нашло отражение и на уровне правительств многих стран. Так, в США, Франции, Великобритании, Бельгии, Канаде созданы специальные государственные комитеты, занимающиеся консультированием законодателей по проблемам и различным аспектам применения антибиотиков.

Цель работы: основной целью исследований антибиотикорезистентности является выявление приобретенной устойчивости к антибактериальным препаратам у бактерий группы кишечной палочки.

Задачи: обоснования назначения оптимальной индивидуальной антибиотикотерапии для конкретного больного; обоснования эмпирической антибиотикотерапии для отдельных нозологических форм инфекционных болезней на основании данных эпидемиологического мониторинга за уровнем антибиотикорезистентности микроорганизмов, циркулирующих в лечебно – профилактическом учреждении.

Материалы и методы: нами было исследовано 412 штаммов БГКП, выделенных из патологического материала, полученного от больных многопрофильного стационара, за период 2012 и 2013 год. Наиболее часто

встречаемые биотопы: моча, мокрота, зев. В нашей работе мы использовали: бактериологический, диско-диффузный, статистический методы исследования.

Результаты исследования: в результате можно наблюдать следующую встречаемость штаммов БГКП: *Escherichia coli* (2012 – 44 %, 2013 – 38 %) и *Enterobacter aerogenes* (2012 – 13,5 %, 2013 – 23 %). Как показывает анализ чувствительности у БГКП наиболее устойчивы микроорганизмы к стрептомицину, оксацилину, офлоксацину, левофлоксацину, ванкомицину, ампициллину, гентамицину, цефотаксиму, пенициллину. Из этой группы микроорганизмов *Klebsiella ozaenae* оказалась устойчивой практически ко всем антибиотикам, следовательно, является PDR штаммом. Также в ходе нашего исследования в Хабаровском многопрофильном ЛПУ была выявлена полная резистентность среди БГКП, составляющая 0,8 % за 2012 год и 1,8 % за 2013 год.

Выводы

Анализ за последние 2 года показал, что по распространенности среди БГКП первое место занимает *Escherichia coli*. Наибольшее распространение бактерий данной группы в биотопах мочи, раны, мокроты. Первое место среди отделений по частоте встречаемости штаммов занимает отделение хронического гемодиализа. В большинстве случаев данные микроорганизмы встречаются в виде моноинфекции. В микстинфекции чаще встречается *Escherichia coli*.

ЛОКАЛЬНЫЙ МОНИТОРИНГ АНТИБИОТИКОРЕЗИСТЕНТНОСТИ БАКТЕРИИ РОДА *STREPTOCOCCUS*

Т.В. Шульга, А.Е. Сорголь, П.В. Коренева, Н.В. Стрельникова

Научный руководитель: канд. мед. наук, доц. Н.В. Стрельникова

ДВГМУ, г. Хабаровск

Актуальность. Стрептококки представляют обширную и разнородную группу. Среди них встречаются постоянные обитатели слизистой оболочки полости рта, зева, влагалища, верхних дыхательных путей, кишечника. Вместе с тем они могут вызывать различные заболевания у человека, как в результате аутоинфекции, так и при попадании стрептококков извне (экзогенная инфекция). Обитая на слизистой оболочке зева, стрептококки могут служить возбудителями ангины, хронического тонзиллита. Ослабление защитных сил, охлаждение организма способствуют возникновению и других стрептококковых инфекций: бронхопневмонии, отита, эндокардита, менингита, нефрита, цистита и др. Именно поэтому лечение стрептококковых инфекций антибиотиками является одной из важнейших задач современной медицины. Проблема резистентности микроорганизмов к антимик-

робным препаратам и, как следствие, проблема лечения была, есть и останется одной из самых актуальных проблем медицины. К сожалению, в нашей стране эта проблема недооценена, в том числе и с точки зрения общественного резонанса. В то же время Всемирная организация здравоохранения считает борьбу с антибиотикорезистентностью одной из важнейших задач, о чем свидетельствует Глобальная стратегия ВОЗ по сдерживанию резистентности к противомикробным препаратам, опубликованная еще в 2001 году. Понимание этого нашло отражение и на уровне правительств многих стран. Так, в США, Франции, Великобритании, Бельгии, Канаде созданы специальные государственные комитеты, занимающиеся консультированием законодателей по проблемам и различным аспектам применения антибиотиков.

Цель работы: основной целью исследований антибиотикорезистентности является выявление приобретенной устойчивости к антибактериальным препаратам у бактерий рода *Streptococcus*.

Задачи: обоснования назначения оптимальной индивидуальной антибиотикотерапии для конкретного больного; обоснования эмпирической антибиотикотерапии для отдельных нозологических форм инфекционных болезней на основании данных эпидемиологического мониторинга за уровнем антибиотикорезистентности микроорганизмов, циркулирующих в лечебно – профилактическом учреждении.

Материалы и методы: нами было исследовано 759 штаммов бактерий рода *Streptococcus*, выделенных из патологического материала, полученного от больных многопрофильного стационара, из биотопов: мокрота, зев, моча, промывные воды бронхов, язык, нос, цервикальный канал за период 2012 и 2013 год. В нашей работе мы использовали: бактериологический, диско-диффузный, статистический методы исследования.

Результаты исследования: в результате можно наблюдать следующую встречаемость штаммов бактерий рода *Streptococcus*: *Enterococcus faecalis* (2012 – 35 %, 2013 – 67 %) и *Streptococcus viridans* (2012 – 35 %, 2013 – 15 %). Как показывает анализ чувствительности в группе *Streptococcus* наиболее устойчивы микроорганизмы к стрептомицину, оксациллину и офлоксацину. Также в ходе нашего исследования в Хабаровском многопрофильном ЛПУ была выявлена полная резистентность среди бактерий рода *Streptococcus*, составляющая 0,7 % за 2012 год и 1,0 % за 2013 год.

Выводы

Итак, проведя анализ за последние 2 года, стало известно, что по распространенности среди бактерий рода *Streptococcus* первое место занимают *Enterococcus faecalis*. Наибольшее распространение бактерий данной группы в биотопах мокроты, зева и языка. Первое место среди отделений по частоте встречаемости штаммов занимает пульмонология. В большинстве случаев *Streptococcus* встречается в виде диинфекции. В микстинфекции чаще выявляется *Enterococcus faecalis* и *Streptococcus viridans*.



Секция неврологии, психиатрии и клинической психологии

СУИЦИДЫ У ЛИЦ ПРИЗЫВНОГО ВОЗРАСТА

С.А. Емельянов, Т.С. Паневин

Научный руководитель: К.Г. Малышева

ДВГМУ, г. Хабаровск

По официальной статистике, каждый год кончают жизнь самоубийством 1 100 000 человек. По современным данным: 300 тысяч китайцев, 160 тысяч индийцев, 37 тысяч американцев, 30 тысяч русских, 30 тысяч японцев, 16 тысяч французов, 10 тысяч украинцев. 19 000 000 человек ежегодно совершают неудачные попытки самоубийства. В России число законченных самоубийств среди мужчин в среднем в 4 раза больше, чем женщин. Соотношение попытка/завершённый суицид у подростков 12:1, у взрослых 5:1. Только один из четырех (24 %) тех, кто совершил попытку самоубийства и остался жив, соприкасается с профессиональной системой здравоохранения. По итогам 2011 года странами с высоким уровнем самоубийств (выше 20 человек на 100 тыс. населения) стали: Литва – 31,5, Республика Корея – 31,2, Гайана – 26,4, Казахстан – 30,0, Белоруссия – 25,3, Венгрия – 24,6, Япония – 23,8, Латвия – 22,9, Китай – 22,2, Словения – 21,9, Шри-Ланка – 21,6, Россия – 21,4, Украина – 21,2. Уровень самоубийств снизился вдвое с 39,2 в 1990 до 21,4 в 2011. В Москве суицидальный показатель составляет 11, в Санкт-Петербурге – 18. В некоторых районах России (Волго-Вятском, Западно-Сибирском, Восточно-Сибирском, Дальневосточном, Уральском) этот показатель достигает 65-80, в Корякии – 133, Коми – 110, на Алтае – 102, в Удмуртии – 101 на 100 тыс. населения.

Выделяют следующие формы суицидального поведения: истинный суицид, демонстративный суицид, скрытый суицид. Наиболее распространённые причины: личностно-семейные конфликты, состояние психического здоровья, состояние физического здоровья, конфликты, связанные с антисоциальным поведением, конфликты в профессиональной или учебной сфере, материально-бытовые трудности. Способы суицида: повешение, удушение, утопление, отравление, самосожжение, с помощью колющих

предметов, при помощи огнестрельного оружия, с помощью электрического тока, с помощью использования движущегося транспорта или движущихся частей механизмов, падение с высоты, прекращение приёма пищи, переохлаждение.

Цель нашего исследования: изучить структуру суицидальных попыток у лиц призывного возраста.

Задачи: изучить возрастные особенности, изучить причины суицидальных попыток, изучить способы суицидальных попыток.

Используя методы: ретроспективный анализ актов состояния здоровья на лиц призывного возраста, составленных в КГБУЗ КПБ МЗ ХК.

Материал для анализа – 199 актов состояния здоровья лиц, находившихся на обследовании в КГБУЗ КПБ МЗ ХК по направлению РВК, возрастом с 18 до 27 лет. У 16,1 % были выявлены суицидальные попытки.

В ходе исследования проводилась оценка: возраста, в котором была совершена попытка суицида, образования лиц на момент исследования, то есть по достижении ими призывного возраста, то есть в пределах 18-21 год, проживания на момент попытки суицида, вредных привычек исследуемых лиц, причин попыток суицида, способов суицида, последующей обращаемости к психиатру.

Полученные результаты: большинство суицидов были совершены в пубертатный возраст (14-15 лет), что объясняется эмоциональной лабильностью, гормональными перестройками организма, отсутствием негативного опыта в личной жизни. В последующем лица адаптированы в социуме, отсутствует стремление к профессиональному образованию, большинство лиц остались на уровне среднего школьного образования, значительно меньший процент – ПТУ. Большой процент составили лица, проживающие в неполной семье (только с матерью). Это вполне объяснимо, так как однопольярное материнское воспитание делает ребёнка матерински центрированным, эмоционально нестабильным, капризными, привыкшими к потаканию своим желаниям. Злоупотребление алкоголем подтверждает присутствие депрессивного синдрома у исследуемых лиц. Большинство попыток носят демонстративный характер, что следует из неглубоких, поверхностных, поперечных порезов. Дальнейшая обращаемость – 0 %, говорит исследователю, что люди не осознают серьёзность своего поступка, о сниженной самокритичности, а также отсутствии достаточной информированности у их родителей о серьёзности причин и последствий несостоявшегося приёма психиатра.

КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА НАСЛЕДСТВЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ В ХАБАРОВСКОМ КРАЕ

**Д.В. И, К.С. Лунева, С.А. Налькин, И.О. Александрова, Н.В. Вялова,
И.П. Дроздова, Т.Н. Проскокова, А.М. Хелимский**

Научный руководитель: Н.В. Вялова

ДВГМУ, г. Хабаровск

Актуальность. Наследственные заболевания нервной системы (НЗНС) составляют существенную часть (2-5 %) всей неврологической патологии в современном обществе (Руденская Г.Е., 1998; Иллариошкин С.Н. и др., 2002). Чаще всего данные заболевания поражают лиц детского и юношеского возраста и в большинстве случаев характеризуются неуклонно прогрессирующим течением и тяжелой инвалидизацией, что определяет высокую медицинскую и социальную значимость изучаемой проблемы (Барышникова Н.В., 2002; Кириленко Н.Б., 2004). Эффективное лечение разработано лишь для единичных заболеваний, поэтому особое значение приобретает генетическая профилактика, основанная на медико-генетическом консультировании. В настоящее время возможности медико-генетического консультирования при ряде НЗНС принципиально изменились. Благодаря молекулярно-генетическим методам, стала возможной высокоточная пренатальная, прееклиническая диагностика и диагностика гетерозиготного носительства. В связи с этим эпидемиологические исследования НЗНС в различных регионах, создание региональных регистров НЗНС приобретают особую актуальность для практической неврологической и медико-генетической служб (Проскокова Т.Н., 2007).

Цель: проведение клинико-эпидемиологического анализа наследственной патологии нервной системы у детей в Хабаровском крае.

Материалы и методы исследования. Проанализированы истории болезни 110 пациентов с наследственными заболеваниями нервной системы, проходивших стационарное лечение в психоневрологическом отделении КГБУЗ «Перинатальный центр» г. Хабаровска, в период с 2005 по 2013 год, в возрасте от 3 до 15 лет.

Результаты и обсуждение. В ходе проведенного исследования было установлено, что среди всей наследственной патологии нервной системы преобладают нервно-мышечные заболевания (85,4 %), значительно реже встречаются заболевания, связанные с поражением экстрапирамидной системы (6,25 %), мозжечка (5,2 %), базальных ганглиев (1,0 %). Выяснено, что нейрогенные амиотрофии в структуре нервно-мышечных заболеваний, встречались несколько чаще (51,2 %), по сравнению с прогрессирующими мышечными дистрофиями (39,0 %), преимущественно за счет наследственной моторно-сенсорной нейропатии (61,9 %) и в меньшей степени за счет спинальной мышечной атрофии (38,1 %). Среди прогрессирующих

мышечных дистрофий наиболее часто встречалась прогрессирующая мышечная дистрофия Дюшена (46,8 %), Эмери-Дрейфуса (21,8 %), Ландузи-Дежерина (6,25 %). Структура спинальных мышечных атрофий представлена следующим образом: преобладают больные II типом данного заболевания (62,5 %), реже встречаются больные атрофией III типа (Кугельберга Веландера) (25,0 %). Среди наследственных моторно-сенсорных невропатий преобладали пациенты с невропатией II типа (65,3 %), реже встречалась невропатия первого типа (23,0 %), и невропатия без указания типа заболевания (11,5 %). Необходимо отметить, что молекулярно-генетические методы для верификации диагноза использовались лишь в 9,9 % случаев. В остальных случаях применялись клинические и лабораторно-инструментальные методы диагностики.

Выводы

1. В результате проведенного исследования составлен регистр больных с наследственными заболеваниями нервной системы детского возраста в Хабаровском крае. Полученные данные являются основой создания системы профилактики, включающей пренатальную диагностику с использованием современных ДНК-технологий, и диспансерного наблюдения за семьями,отягощенными наследственной патологией в Хабаровском крае.

2. На основании полученных данных может быть сформирован перечень наследственных заболеваний нервной системы для более активного внедрения методов молекулярно-генетической диагностики с целью верификации формы заболевания и формирования прогноза для каждого пациента.

3. Высокая распространенность наследственных нервно-мышечных заболеваний нервной системы в Хабаровском крае диктует необходимость реализации ряда мер в региональной системе здравоохранения, таких как усиление служб медико-генетического консультирования и санитарного просвещения с целью первичной профилактики наследственной неврологической патологии и уменьшения «генетического груза» в популяции Хабаровского края.

**СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА
СОЦИОКУЛЬТУРАЛЬНЫХ И НАСЛЕДСТВЕННЫХ ФАКТОРОВ
У ЛИЦ, СТРАДАЮЩИХ АЛКОГОЛИЗМОМ, ПРОЖИВАЮЩИХ
В СЕЛЬСКОЙ И ГОРОДСКОЙ МЕСТНОСТИ
И МЕРЫ ПРОФИЛАКТИКИ**

А.В. Копылова, Д.Ю. Кочубей

Научный руководитель: К.Г. Малышева

ДВГМУ, г. Хабаровск

Актуальность. Сегодня на каждые 100 тысяч человек в РФ приходится 2 269,7 человека с диагнозом алкоголизм. По данным World Health Organization. Global Status Report on Alcohol and Health, 2011 Россия по уровню потребления алкоголя в рейтинге стран мира занимает 4-е место. Также, по последним данным Роспотребнадзора, количество алкоголиков в России уже превысило отметку в 5 000 000 человек. Дальний Восток является самым пьющим регионом России. В Хабаровском крае на сегодняшний день зарегистрировано 38,5 тысяч алкоголиков – это 2 % населения края. Чаще заболевание встречается у мужского населения. Рост алкоголизма приводит к развитию соматических и психоневрологических расстройств, которые ухудшают качество жизни человека в семье и обществе. Таким образом, данная проблема актуальна в современном обществе, что показывает необходимость разработки профилактических мер, направленных на предотвращение алкоголизации страны в целом, и Дальнего Востока, в частности.

Материалы и методы исследования. Для изучения данного вопроса использовался ретроспективный анализ 50 выписных эпикризов КГБУЗ «Краевая психиатрическая больница» МЗ ХК. В качестве статистического критерия для оценки информативности был использован коэффициент ранговой корреляции Спирмана. В работе использовался уровень значимости $p \leq 0,05$.

Результаты. Возраст: наиболее часто встречаемый возраст больных алкоголизмом приходится на 30-60 лет (40 % в обоих случаях). Наследственность: в городе неотягощена (52 %), тогда как в селе проявляется отягощенность по линии отца (56 %). Образование: В городе самую большую группу составляют больные с рабочей специальностью (64 %), а в селе значительное количество вообще не имеют никакой профессии (80 %). Семейное положение: в селе большое число больных никогда не состояло в браке (56 %), тогда как в городе преобладают женатые (52 %). Дети: в селе у большинства исследуемых детей нет (52 %); среди больных, проживающих в городской черте, большая часть имеет детей (64 %). Сфера деятельности: среди сельского и городского населения преобладают безработные (54 % в обоих случаях). Начало употребления алкоголя в городе приходится на пубертатный возраст (14-19 лет) (72 %). При этом в селе наблю-

дается еще более раннее начало алкоголизации (с 10-16 лет) (68 %). Возраст начала алкоголизации составляет в городе 15-22 лет (64 %), а в селе – с 15-18 и 23-29 лет (64 %); а продолжительность – в городе от 10 до 20 лет (60 %), в селе от 10 до более 20 лет (72 %).

Выводы

Наиболее частый возраст, больных алкоголизмом от 30-50 лет, вне зависимости от места проживания, что является трудоспособным возрастом. В селе отмечается алкоголизация среди людей, не имеющих образования, работы, с отягощенным семейным анамнезом, что показывает низкий уровень социального статуса и отсутствие развития экономических, культурно-массовых и образовательных структур. В городе алкоголизм преобладает среди учащихся ПТУ, т. е. имеющих специальность, но в связи с их ранней алкоголизацией, государство теряет рабочую силу и качество выполняемой работы, тем самым ухудшается экономическое развитие Дальнего Востока. В качестве мер первичной и вторичной профилактики могут быть предложены следующие:

Город	Село
первичная профилактика	
1. Профилактические санпросвет, работы в школах, ПТУ (просмотры научных фильмов, создание брошюр с агитацией к здоровому образу жизни среди населения)	1. Привлечение кадров для работы в сельской местности (педагог, врач и др.)
2. Организация ознакомительных походов в наркодиспансер (беседа с наркологом, освещение с целью примера клинических случаев)	2. Организация досуга молодежи (культурно-массовые мероприятия, спортивные секции, кружки самодеятельности)
3. Массовая пропаганда вреда алкоголя на этикетках алкоголя	
вторичная профилактика	
1. Раннее выявление больных алкоголизмом	
2. Совместная работа с центром занятости населения (помощь в трудоустройстве)	2. Организация выезда в село социального работника и комплексной бригады из ЦРБ
3. Работа с религиозными организациями (духовная семинария)	
4. Организация анонимной наркологической помощи	4. Активная работа комплексной бригады ЦРБ с семьей пациента

ТУБЕРКУЛЁЗ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ НА ТЕРРИТОРИИ ХАБАРОВСКОГО КРАЯ, ОСОБЕННОСТИ ЕГО ТЕЧЕНИЯ

М.А. Кравченко, В.П. Свистунова

Научный руководитель: канд. мед. наук, доц. В.П. Свистунова

ДВГМУ;

КГБУЗ «Противотуберкулёзный диспансер», г. Хабаровск

Туберкулёзное поражение центральной нервной системы (ЦНС) относится к одному из самых тяжёлых, остро прогрессирующих форм внелегочного туберкулёза. Высокая летальность и инвалидизация определяют не только медицинскую, но и социальную значимость заболевания. За последние 5 лет произошло увеличение в 2 раза туберкулёза ЦНС в структуре внелегочных его проявлений.

Цель работы – изучить особенности, течения туберкулёза ЦНС на территории Хабаровского края.

Материалы и методы. Для изучения особенностей клинической характеристики поражения и течения туберкулёза ЦНС нами проведён анализ 45 историй болезни пациентов, находившихся на лечении во внелегочном отделении КГБУЗ ПТД с 2003 по 2012 гг.

Результаты исследования. За десятилетний период наблюдения туберкулёз ЦНС как диагноз был выставлен 45 пациентам.

Среди наблюдавшихся больных мужчины составили 68,8 % (31), женщины – 31,2 % (14). Доминантный возраст поражения: 20-39 лет (53,6 %), 40-59 лет (28,8 %).

Все больные были выявлены при обращении к врачу. 12 больных поступило в противотуберкулёзный стационар переводом из других больниц после люмбальной пункции и получения результатов анализов ликворограммы. В основном это были жители г. Хабаровска (44,5 %).

В социальной характеристике большинство пациентов (55,5 %) являлись не работающими, все они были трудоспособного возраста, работающие составили 12 человек (26,6 %), пенсионеры – 5 (11,3 %), учащиеся – 2 (4,4 %), дети – 1 (2,2 %).

В 4 случаях диагностирован рецидив заболевания туберкулёзом ЦНС тяжёлого течения. 11 человек (24,4 %) поступили в больницу в состоянии сопора, 13 (28,8 %) в состоянии комы. При поступлении больных в стационар состояние большинства пациентов оценивалось как тяжёлое и крайне тяжёлое.

При поступлении в стационар почти у всех пациентов имелись выраженные симптомы интоксикации. Головная боль различной интенсивности наблюдалась во всех случаях туберкулёза мозговых оболочек и ЦНС, и имела постоянный характер.

Менингиальные симптомы были выявлены практически у всех больных: ригидность затылочных мышц наблюдалась в 94,5 %, положительный симптом Кернинга – у 90,1 % пациентов.

Из выявленных нарушений черепно-мозговых нервов чаще наблюдалось поражение III – глазодвигательного нерва 56,1 %, VII – лицевого нерва (25 %). При прогрессирующем тяжёлом течении заболевания так же отмечалось поражение каудальной группы (25 %) и VI – отводящего нерва 40 %.

Туберкулёзный менингоэнцефалит был выявлен у 33,3 % больных, менингит у 66,6 %.

По характеру течения заболевания больных с туберкулёзным менингитом процесс расценивался как тяжёлый, активный у 13 человек (41,9); среднетяжёлого течения, активный – у 18 (58,1 %).

У больных с туберкулёзным менингоэнцефалитом тяжёлое, активное течение было зарегистрировано у 9 пациентов (64,2 %); среднетяжёлое течение, активный – у 5 (35,8 %).

У большинства (62,2 %) больных, поражение ЦНС сочеталось со специфическим поражением органов дыхания, 2/3 которого составил диссеминированный туберкулёз лёгких у 20 пациентов (71,4 %), из них в том числе – милиарный туберкулёз у 3 (15,0 %), инфильтративный в фазе распада и уплотнения у 4 (14,2 %), казеозная пневмония у 3 (10,9 %), фиброзно-кавернозный туберкулёз лёгких у 1 (3,5 %).

Среди форм туберкулёза лёгких фаза распада определялась у каждого 2-го больного, бактериовыделение – у каждого 4-го, что создавало определённую эпидемиологическую опасность.

Так же в сочетании с туберкулёзом ЦНС были выявлены единичные случаи – туберкулёза кишечника, туберкулёзного миокардита, туберкулёзного кератита, туберкулёза внутригрудных лимфатических узлов.

У одного пациента установлена сочетанная патология: туберкулёз ЦНС и ВИЧ-инфекция.

При исследовании ликвора установлено, что цитоз определялся в пределах от 6 до 1 832 кл/мкл, в среднем составил 89 кл/мкл.

Уровень белка в ликворе – от 0,055 до 8,0 г/л, в среднем – 1,16 г/л. Содержание белка менее 0,4 г/л определялось у 20 % пациентов, от 0,4 до 1 г/л – у 57,7 %, от 1,02 до 2,0 г/л – у 17,7 %, от 2,7 до 8,0 г/л – у 13,3 %.

Сахар в ликворе находился в пределах от 0,35 до 5,0 ммоль/л, в среднем – 2,36 ммоль/л, причём в большинстве случаев (53,3 %) он составил менее 2,2 ммоль/л. Средний уровень хлоридов в спинномозговой жидкости был 107 ммоль/л, при колебаниях от 45 до 151 ммоль/л.

Всем больным проводилась интенсивная этиотропная терапия с использованием 4-5 противотуберкулёзных препаратов. Широко использовались средства иммуномодулирующей, дегидратационной, симптоматической терапии.

Излечено без осложнений 4 пациента (8,8 %), с осложнениями излечение достигнуто у 29 (64,0 %), летальный исход составил у 12 (27,2 %).

Характер осложнений, как остаточных изменений в виде гидроцефалии отмечен у 8 пациентов (27,5 %), арахноидит – у 6 (20,7 %), интеллектуально-мнестическое снижение (ИМС) – у 6 (20,7 %), парезы – у 5 (17,2 %), нарушение функции тазовых органов – у 3 (10,5 %), миелит – у 1 (3,4 %).

В зависимости от тяжести остаточных изменений основного заболевания (туберкулёза ЦНС) больным была дана соответствующая группа инвалидности: 1-я группа – 17,4 % пациентам, 2-я группа – 65,2 %, 3-я группа – 17,4 %.

Выводы

Результаты проведённого исследования свидетельствуют о негативном патоморфозе туберкулёза на территории Хабаровского края, на что указывает форма туберкулёза ЦНС, тяжесть её течения, характер формирующихся остаточных инвалидизирующих осложнений (86,1 %), а так же удельный вес генерализованного поражения органов дыхания (71,4 %).

СОЦИОКУЛЬТУРАЛЬНЫЕ И ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ КАННАБИНОИДНОЙ ЗАВИСИМОСТИ И МЕТОДЫ ПРОФИЛАКТИКИ

А.Г. Самсонова, А.В. Тян, В.А. Григорьева

Научный руководитель: К.Г. Малышева

ДВГМУ, г. Хабаровск

Проблема употребления наркотических веществ имеет большое значение во всём мире. По данным Федеральной службы РФ по контролю за оборотом наркотиков за 2011 год около 6 млн человек хоть раз пробовали наркотики, 1,8 млн – систематически употребляют наркотики, 350 тысяч человек находятся на учете в наркологических диспансерах.

По данным статистически основная часть потребителей наркотиков злоупотребляют психоактивными веществами группы каннабиноидов. В РФ сильнодействующие сорта конопли произрастают в трех округах – Южном, Сибирском и Дальневосточном (Приморский край, Хабаровский край, Амурская область). При употреблении различных препаратов, изготовленных из каннабиса, появляется проблема острых психотических состояний, которые могут возникать при однократном употреблении - интоксикационные, и при прекращении систематического употребления — абстинентные. В связи с вышеперечисленным возникает необходимость профилактики и медико-социальной работы в наркологии. В настоящее время необходима комплексная профилактика, которая уменьшит количество наркозависимых.

Цель исследования: разработать научно обоснованную комплексную программу ранней профилактики употребления каннабиноидов среди населения г. Хабаровска.

Материал и методы. Исследование проводилось на базе КГБУЗ «Краевой психиатрической больницы» МЗ ХК г. Хабаровска и Хабаровского края. Было отобрано 120 амбулаторных карт больных, находящихся под диспансерным наблюдением КГБУЗ «Краевой психиатрической больницы» МЗ ХК г. Хабаровска. Из их числа было выявлено 30 пациентов, употребляющих каннабиноиды. Средний возраст исследуемых составил 30 лет, из них 30 мужчин (100 %). Для исследования использовался ретроспективный анализ амбулаторных карт пациентов, употребляющих каннабиноиды.

Полученные результаты: Большинство 66 % лиц, употребляющих каннабиноиды, проживают в городе, нежели в сельской местности 34 %. Исследуемым чаще всего было не известна наследственность, поэтому в 53,3 % данный пункт остался не до конца достоверным, возможно, тщательный сбор анамнеза показал бы иные результаты. Однако мы выявили наиболее частые патологии у родных наших пациентов, это, прежде всего, алкоголизм (26,7 %), шизофрения (13,3 %) и наркомания (6,7 %). По результатам исследования форм проявления нарушений поведения у лиц, употребляющих каннабиноиды, выяснилось следующее: наиболее распространенное проявление нарушения поведения – девиантность (36,7 %). У 7 пациентов грубой формы нарушения поведения не наблюдалось. В равной степени (по 10 %) проявились демонстративное суицидальное поведение, эмансипационные побеги и делинквентное поведение. Дромоманические (бродяжничество) и демонстративные побеги наблюдались реже всего, соответственно в 6,7 % и 3,3 % случаев. Основным источником материальных средств лиц, страдающих зависимостью от каннабиноидов, это родительское обеспечение и средства, получаемые от других лиц, а также пенсия, выплачиваемая государством – 60 %, хотя все же 30 % работает и имеет собственный доход.

У большинства пациентов в преморбиде выявились расстройства в виде неустойчивой (26,7 %) и лабильно-аффективной личности (23,3 %), также выявлялись такие психические аномалии, как асоциальность (13,3 %), истероидная, невротическая личности (по 10 %) и акцентуация (10 %).

Все 100 % исследуемых имеют общежитейскую осведомленность о каннабиноидах. Пик начала наркотизации каннабиноидами приходится на юношеский возраст (12-18 лет), реже каннабиноиды начинают «пробовать» работоспособное население. Давность наркотизации исследуемых составила в среднем от 3 до 10 лет. Изучая микросоциальные факторы в формировании наркоманий и обстоятельств, приведших к привыканию, выяснилось следующее: в равной степени (27 %) в формировании нарко-

мании играют роль, прежде всего, «внутренняя неудовлетворенность жизнью», что характерно для подростков, а также нахождение в компании с антисоциальными и криминальными тенденциями, в которых в большинстве случаев присутствуют и наркоманы, реже исследуемых к наркотизации привело любопытство (13,3 %) и подражание (10 %), а также один пациент узнал и впервые попробовал каннабиноид в месте лишения свободы.

Профилактика: Первичная профилактика имеет целью предупредить начало употребления наркотических средств лицами, ранее их не употреблявшими. Предложено несколько подходов: 1. Подход, основанный на распространении информации о наркотиках; 2. Подход, основанный на роли социальных факторов; 3. Подход, основанный на альтернативной деятельности. Вторичная профилактика ориентирована на лиц, имеющих эпизоды употребления наркотиков, лиц, имеющих признаки формирующейся зависимости в её начальной стадии. Профилактика должна носить комплексный характер и требует активного участия родителей, педагогов, психологов, специалистов по социальной работе.

КОГНИТИВНЫЕ И АФФЕКТИВНО-ВОЛЕВЫЕ НАРУШЕНИЯ У БОЛЬНЫХ РАССЕЯННЫМ СКЛЕРОЗОМ

**Е.А. Сычевская, Т.С. Димирская, И.П. Дроздова, А.М. Хелимский,
Т.Н. Проскокова, Н.В. Вялова**

Научный руководитель: канд. мед. наук, доц. И.П. Дроздова
ДВГМУ, г. Хабаровск

Актуальность. Рассеянный склероз (РС) – распространённое демиелинизирующее заболевание нервной системы одной из групп симптомокомплекса которого являются психические нарушения. По данным некоторых авторов распространённость когнитивных и аффективно-волевых нарушений у больных РС составляет от 20 % до 95 % [Алексеевой Т.Г., 2002]. Они занимают особое место в формировании клинической картины заболевания, являясь скрытыми для клиницистов, в связи с этим не диагностируются и не учитываются в некоторых оценивающих шкалах, таких как EDSS. Следует учитывать, что на результаты изучения эмоционально-психической сферы существенно влияют особенности выборки и набор тестов используемых при исследовании.

Цель исследования – изучение и оценка клинического значения когнитивных и аффективно-волевых нарушений у больных рассеянным склерозом в зависимости от их вида и степени выраженности.

Материалы и методы. Проведено обследование 32 пациентов с достоверным диагнозом РС по критериям (Mc Donald с соавт. W.J., 2008) находившихся на лечении в неврологическом отделении ККБ № 1 в 2013 г.,

проживающих в Хабаровском крае. Возраст пациентов варьировал от 19 до 63 лет, составляя в среднем $38,5 \pm 11,5$ лет.

Средняя продолжительность заболевания РС $10,3 \pm 9,3$ лет (от 1 до 36 лет). Исследовалась частота манифестации неврологических нарушений и их комбинации по частоте нарушений у больных РС.

Оценивался неврологический дефицит с использованием расширенной шкалы инвалидизации (EDSS – Expanded Disability Status Scale Куртцке в модификации Weiner и Elisson (1983): Functional System scale (FS)). Определялась скорость прогрессирования заболевания (изменение степени тяжести по EDSS за год).

Для исследования когнитивного статуса использовалось нейропсихологическое обследование по методикам: шкала Цунга для оценки уровня тревожности (W.Zung, 1980), числовые таблицы Шульте по подшкалам №5 (W.Schulte, 1965), методика оценки когнитивных нарушений Бернштейна (Н.А.Бернштейн, 1922), шкала для выявления депрессии (The Center for Epidemiologic Studies Depression Skale, 1977 (CES-D), методика оценки когнитивных функций (Mini-mental state a practical method for grading the cognitive state of patient (MMCE), 1975).

Результаты исследования. Из 32 больных РС женщины составили $81,2 \pm 0,03$ %, мужчины $18,7 \pm 0,3$ %. У 30 пациентов ($93,7 \pm 0,01$ %), диагностирована цереброспинальная (ЦС) форма, у 2 пациентов ($6,2 \pm 0,5$ %) – церебральная (ЦБ) форма. Ремитирующе-прогрессирующий тип течения РС установлен у 26 ($81,2 \pm 0,03$ %) больных, у 6 ($18,7 \pm 0,3$ %) – вторично-прогрессирующий тип течения РС. В структуре неврологической симптоматики ведущие проявления занимали двигательные нарушения в виде пирамидных моно-, геми-, парапарезов той или иной выраженности у всех пациентов. Вторыми по частоте симптомами РС была мозжечковая дисфункция – в $71,8 \pm 0,06$ % случаев (шаткость, неустойчивость, дискоординация конечностей). Чувствительные и зрительные проявления составили по $46,8 \pm 0,13$ %. Нарушение функции тазовых органов по центральному типу встречалось в $37,5 \pm 0,17$ % случаев, обычно в виде задержки или императивных позывов на мочеиспускание. При оценке скорости прогрессирования заболевания (изменение степени тяжести по EDSS за год), были выделены 3 варианта прогрессирования: медленный ($18,8 \pm 0,3$ %), умеренный ($59,4 \pm 0,09$ %), быстрый ($21,9 \pm 0,3$ %). Эмоционально-волевые и чувствительные нарушения были у $50 \pm 0,1$ % больных. С помощью шкалы Цунга выявлены: лёгкие тревожные расстройства у $68,7 \pm 0,07$ %, тревожные расстройства средней степени тяжести в $12,5 \pm 0,4$ % случаев. Отмечена лёгкая депрессия (тест CES-D) у $25 \pm 0,25$ % человек, умеренная депрессия у $6,2 \pm 0,5$ %, тяжёлая депрессия у $9,3 \pm 0,5$ % больных. По тесту Бернштейна когнитивные нарушения в виде снижения зрительной памяти обнаружены у $78,1 \pm 0,04$ % тестируемых. С использованием методики MMSE, выявлено снижение суммарного показателя когнитивного снижения у $28,1 \pm 0,2$ %

больных, из них лёгкие когнитивные нарушения у $18,7 \pm 0,3$ % пациентов, деменция лёгкой степени выраженности у $9,3 \pm 0,5$ % обследованных. Снижение внимания выявлено у $78,2 \pm 0,04$ % пациентов, сниженная работоспособность в динамике имеется у $78,1 \pm 0,04$ % больных (таблицы Шульте).

Выводы

Проведённое нами исследование доказывает наличие когнитивных и эмоциональных нарушений у пациентов с РС в подавляющем большинстве случаев.

Наблюдается слабая положительная связь ($r=0,26$) между продолжительностью заболевания и эмоциональными нарушениями (суммарное когнитивное снижение) и средняя положительная корреляционная связь ($r=0,47$) между степенью выраженности неврологического дефицита и аффективных нарушений.

ОЦЕНКА КЛИНИЧЕСКОЙ СИМПТОМАТИКИ ОТРАВЛЕНИЯ БАКЛОФЕНОМ ПАЦИЕНТОВ-ПОТРЕБИТЕЛЕЙ АПТЕЧНЫХ НАРКОТИКОВ

Ю.В. Черноусова, Т.А. Пузикова, Т.Е. Ткачук

Научный руководитель: канд. мед. наук, доц. А.Ю. Щупак

ДВГМУ, г. Хабаровск

Актуальность. В последние три года участились случаи поступления в Хабаровский токсикологический центр подростков, пробуящих на себе самые различные средства с целью одурманивающего эффекта, с развитием острого нейротоксикоза и подчас носящим групповой характер, что ставит данную патологию в ряд социально значимых заболеваний.

Целью настоящей работы явилась оценка клинической симптоматики, продолжительности экзотоксикоза при остром отравлении баклофеном, употребляемого с целью токсического воздействия.

Материалы и методы исследования. Проведен ретроспективный анализ историй болезни 38 пациентов в возрасте от 8 до 34 лет (средний возраст $19 \pm 1,5$), находившихся на стационарном лечении в токсикологическом отделении КГБУЗ «Городская клиническая больница № 10» министерства здравоохранения Хабаровского края с января 2010 г. по декабрь 2013 г. с диагнозом: острое бытовое отравление баклофеном.

Среди них пациенты мужского пола составили 57,9 % (22 человека). Преобладали подростки от 8 до 18 лет (29 человек (76,3 %)). Катамнестически все заболевшие указывали на употребление баклофена (баклосана) в количестве от 3 до 20 таблеток с целью опьянения и расслабления.

При поступлении проводился сбор анамнеза у сопровождающих, клиническое обследование пациентов. При лабораторном исследовании мето-

дом тонкослойной хроматографии в щелочной среде в биосредах всех пациентов обнаружен баклофен.

С учетом психопатологической симптоматики по классификации Е.А. Лужникова применительно к острым интоксикационным психозам (2000 г.) пациенты разделены по степени тяжести: легкая степень (5 человек – 13,2 %); средняя степень (22 человека – 57,9 %); тяжелая степень (11 человек – 29,0 %).

После первичного клинико-лабораторного обследования всем пациентам проведено зондовое промывание желудка и назначена базисная терапия, включающая дезинтоксикацию (инфузия кристаллоидных растворов до 2,5 л/сутки, витаминов групп В и С), энтеросорбенты.

Результаты. При поступлении в стационар у всех пациентов отмечалась острая психотическая симптоматика: от психо-эмоциональной активности со слуховым галлюцинаторным эффектом (71,1 %) до делирия с яркими зрительными галлюцинациями (29 %). У 12 пациентов (31,6 %) наблюдались эпилептиформные судороги с потерей сознания и развитием коматозного состояния.

Другие клинические проявления выражались соматовегетативными расстройствами: тахикардией (76 %) до 100 в минуту, артериальной гипотензией (68 %) до 100/50 мм рт. ст., мышечной вялостью (58 %), брадикардией (18 %) с частотой 10-12 в минуту с периодами апноэ до 5-8 секунд.

На фоне проводимой в течение суток стандартной терапии сохранялась психотическая симптоматика, хотя интенсивность её несколько уменьшилась. Остальные манифестные симптомы изменялись следующим образом: артериальное давление нормализовалось к концу первых суток у 82,3 % пациентов, синусовая тахикардия нивелирована за этот же период у 89,4 %, брадикардия купирована через 10-12 часов у 100 %. Мышечная гипотония после возвращения сознания сохранялась в течение трех суток у 79 %. Острая психотическая симптоматика была полностью купирована к концу вторых суток. Полная психическая адаптация у пациентов наступила от 3 до 5 суток.

После выздоровления у 48 % пациентов отмечалась ретроградная амнезия. У 52 % пациентов к моменту выписки из стационара отмечалось восстановление памяти на прошедшие события.

Экономическая значимость проблемы госпитализации в токсикологическое отделение КГБУЗ «ГКБ № 10 Хабаровска» пациентов-потребителей «аптечных наркотиков» на примере отравления баклофеном наглядно показана при использовании формулы:

$$\mathcal{E}=38*3700*5=703\ 000\ \text{p.},$$

где \mathcal{E} – экономический ущерб;

38 – количество пациентов с отравлением баклофеном за исследуемый период;

3 700 рублей – средняя стоимость суточного пребывания на токсикологической койке;

5 – среднее количество дней пребывания в токсикологическом центре с данной патологией.

Учитывая низкую социальную ответственность пациентов-потребителей «аптечных наркотиков», отсутствие в ряде случаев у них медицинских полисов, проблема медицинского обеспечения целиком ложится на медицинскую организацию.

На основании проведенного исследования можно сделать следующие выводы:

1. отравление баклофеном происходит в результате преднамеренного приема, а не носит случайный характер;
2. особенностью интоксикации баклофеном является тяжелое течение;
3. клинические проявления острого отравления баклофеном многообразны и включают церебральные и соматовегетативные расстройства;
4. лечение пациентов-потребителей «аптечных наркотиков» является не только социальной, но и экономической проблемой.

НЕКОТОРЫЕ СХОДСТВА И РАЗЛИЧИЯ ОТНОШЕНИЯ К ПРОБЛЕМЕ УПОТРЕБЛЕНИЯ НАРКОТИКОВ СТУДЕНТОВ СТАРШИХ КУРСОВ ДАЛЬНЕВОСТОЧНЫХ ГОСУДАРСТВЕННЫХ ВЫСШИХ УЧЕБНЫХ ЗАВЕДЕНИЙ

Д.А. Фокина, Н.В. Белоусова, Л.Г. Никишина

Научный руководитель: канд. мед. наук, доц. А.Ю. Щупак

ДВГМУ, г. Хабаровск

Актуальность. Согласно статистике ООН, количество людей, употребляющих те или иные типы наркотиков, составляет 3,1 % от всего населения планеты. Наибольшее число наркоманов относится к возрастной группе от 18 до 25 лет с тенденцией роста к верхнему пределу этой возрастной категории. Молодым свойственно преобладание физиологических потребностей над эмоционально-волевым контролем собственного поведения — и это одна из причин наркомании. Увлечение наркотиками связано также с социальными условиями.

В последние годы в различных учебных заведениях страны наблюдается резкий рост потребления различных наркотических веществ. В связи с этим чрезвычайно актуальной стала антинаркотическая пропаганда.

Цель. Охарактеризовать отношение к проблеме употребления наркотиков студентов старших курсов Дальневосточных государственных высших учебных заведений.

Материалы и методы. Формой исследования был выбран анкетный опрос студентов IV курса хабаровских вузов: ДВГМУ, ДВГГУ, ДВГУПС,

ТОГУ. Количество опрошенных составило 60 человек. Сроки анкетирования: декабрь 2013 г. – февраль 2014 г.

В опросе участвовало 41,7 % юношей и 58,3 % девушек. В основе анкеты лежат вопросы, характеризующие:

1. мотивы приема наркотиков,
2. профилактику наркомании в молодежной среде.

Результаты. Анализ результатов опроса логично начать с вопроса: «Откуда Вам известно о наркотиках?» Большинство студентов (50 %) узнали о наркотических веществах во время школьного обучения (53,3 – ДВГМУ и ДВГГУ, 46,7 – ТОГУ и ДВГУПС). В то же время дворовый опыт имели 15,3 % молодых людей (20 – ДВГГУ, 13,3 – ДВГМУ и ТОГУ).

На вопрос «Пробовали ли Вы наркотические вещества?» - положительно ответили 16,7 % (6,7 – ДВГГУ, 13,3 – ДВГМУ, 20 – ДВГУПС, 26,7 – ТОГУ). 76 % студентов в этой группе пробовали коноплю, 24 % – амфетамины.

Среди утверждений, характеризующих мотивы приема наркотиков, на первый план у студентов выходят мотивы любопытства – 60 % (80 – ДВГМУ, 60 – ТОГУ, 40 – ДВГУПС). Также в характеристике мотивов следует выделить мотивы влияния окружающих – 35,6 % (53,3 – ДВГУПС, 26,7 – ДВГГУ, 26,7 – ТОГУ). Мотив одиночества в четырех группах находится на последнем месте – 11,6 %.

При сравнении различных групп студентов по полу для девушек более значимым мотивом приема наркотиков является мотив одиночества (26,7 %).

К утверждению о наркомании как о болезни склоняются 80 % студентов ДВГМУ, 60 % – ТОГУ, 80 % – ДВГУПС и 86,7 % – ДВГГУ. С позиций формирования отношения к наркоману как к больному человеку чувство сострадания вызывается у 93,3 % студентов ТОГУ, 86,7 % – ДВГМУ, 66,7 % – ДВГУПС и 60 % – ДВГГУ.

Интересно отметить, что все студенты положительно относятся к изменению ситуации с употреблением наркотических и токсических средств. Однако решения студенты различных вузов предлагают неоднозначные:

1. ужесточение ответственности за распространение наркотиков (ТОГУ – 26,6 %);
2. обязательное принудительное лечение наркоманов (73,3 % – ДВГМУ);
3. усиление антинаркотической пропаганды среди молодежи (40 % – ДВГГУ);
4. увеличение числа досуговых учреждений (13,3 % – ДВГГУ).

Несмотря на кажущуюся однозначность, антинаркотической пропаганде студенты отводят последнее место (19 %).

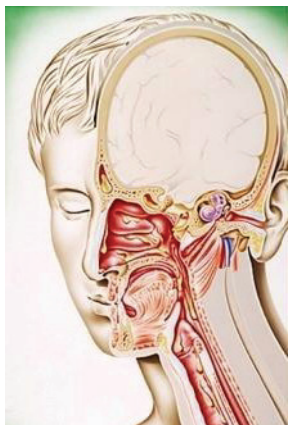
Также проанализированы вопросы профилактики наркомании в молодежной среде. 71,7 % опрошенных студентов предлагают начинать профилактику в младших классах школы (86,7 – ДВГМУ, 66,7 – ДВГГУ, ТОГУ,

ДВГУПС), причем дополнительное анонимное тестирование с целью раннего выявления потребителей считают обязательным 90 % (100 – ДВГГУ, 86,7 – ДВГМУ, ТОГУ, ДВГУПС).

При анализе мотивов доверия в вопросах о наркотиках у студентов выявлены преобладания доверия врачам у студентов ДВГГУ (40 %) в сравнении с этой же позицией у студентов ТОГУ (20 %). У студентов ДВГМУ доминирующим мотивом чаще является доверие к испытавшим на себе действие наркотических или токсических веществ (86,7 %).

На основании проведенного исследования можно сделать следующие выводы:

1. основным мотивом, толкающим молодежь к наркотическому дурману, является любопытство и подражание;
2. в мотивации доверия в вопросах о наркотиках у студентов различных вузов важную роль играет опыт испытавших на себе действие наркотиков;
3. профилактику наркомании в молодежной среде большинство студентов предлагают начинать в младших классах школы;
4. в решения изменения ситуации с употреблением наркотиков среди студентов различных вузов ведущее место отводится обязательному принудительному лечению наркоманов.



Секция офтальмологии и оториноларингологии

ИССЛЕДОВАНИЕ ЧАСТОТЫ И СТРУКТУРЫ ВОЗНИКНОВЕНИЯ СИНДРОМА «СУХОГО ГЛАЗА» У СТУДЕНТОВ ДВГМУ

А.В. Авдиук, Е.Л. Иванова

Научный руководитель: канд. мед. наук, доц. Е.Л. Иванова
ДВГМУ, г. Хабаровск

Актуальность. Отмечается высокая распространенность синдрома сухого глаза (ССГ), за последние десятилетия число пациентов удвоилось. ССГ представляет собой комплексное заболевание, приводящее к дискомфорту, нарушению зрения и нестабильности трехслойной прекорнеальной (муцин, слеза, липиды) пленки с возможным повреждением поверхности глаза.

Цель исследования: изучить частоту и выраженность специфических проявлений ССГ у студентов, в зависимости от пола, перенесенных заболеваний, факторов внешней среды и условий жизнедеятельности. Проанализировать субъективную оценку пациентами эффективности препаратов «искусственной слезы».

Материалы и методы. Под наблюдением находилось 100 студентов. В возрасте до 23 лет юноши 35 чел., девушки – 63. Девушек старше 23 лет – 2. Для изучения симптомов ССГ был применен анкета OSDI (Ocular Surface Disease Index) – опросник, состоящий из ведущих симптомов с выраженностью проявлений от 0 до 4 баллов (R.M. Schiffman и соавт, 2000).

Оценивались светобоязнь, ощущение песка или инородного тела в конъюнктивальной полости, боль или неприятные ощущения в глазу, слезотечение, в дальнейшем сменяемым ощущением сухости, затуманивание, ухудшение зрительной работоспособности к вечеру, колебания остроты зрения в течение дня, жжение и резь в глазу, особенно при воздействии ветра, дыма, сухого кондиционированного воздуха и других раздражителей, негативная реакция больных на закапывание в конъюнктивальную полость индифферентных капель (например, физраствора), наличие корочек,

склеенных век, особенно по утрам, покраснения век, особенно при пробуждении.

Полученные результаты. Симптомы ССГ выявлены у 80 %, только 20 % не жаловались на специфические проявления ССГ. У девушек проявления ССГ встречались в 79 % случаев, у юношей в 21 %, то есть в 4 раза чаще. Девушки в 2,5 раза чаще пользуются мягкими контактными линзами (МКЛ), в 6-7 раз чаще отмечен прием разнообразных лекарственных препаратов.

При анализе жалоб пациентов было установлено, что, характерная для обоих глаз болевая реакция на инстилляцию индифферентных капель отмечалась у 33 %, плохая переносимость кондиционированного воздуха у 60 %, ощущение сухости в глазу у 24 %, ощущения инородного тела, рези и жжение в конъюнктивальной полости в 76 %, слезотечение в 73 %, снижение зрения в 14 %.

Степени выраженности ССГ по бальной шкале анкеты OSDI – у 87 % легкая (сопровождается гиперлакримией), 12 % – средняя и 1 % – выраженная степень сухости (с характерной гиполакримией). При средней и выраженной сухости выявлено воспаление век и дисфункция мейбомиевых желез (ДМЖ с дефицитом выработки липидов) из-за инвазии клещом Демодекс фолликулорум, назначено соответствующее лечение.

Пациентам с ССГ даны рекомендации по соблюдению правил гигиены и назначены слезозаменители Офтолик, Оксиал, Вид-комод и Офтагель при легкой степени ССГ. Систейн баланс и Катионорм с липидами назначали пациентам с ДМЖ. Оценка переносимости препаратов и комфортности их использования показала следующие результаты. В целом все три препарата переносились пациентами достаточно хорошо. Применение Офтолика, Оксиала ни в одном случае не вызвало неприятных ощущений и субъективного дискомфорта. Препарат Вид-Комод вызвал только у 1-го негативную реакцию по переносимости. Офтагель – 2 негативные реакции.

Выявлен положительный эффект применения препаратов (исчезновение жалоб) на 10-й день у 18 % исследуемых, на 15-й день – у 31 %, на 30-й день – у 51 %.

Выводы

1. Всем студентам показано обследование, включающее изучение индекса субъективных жалоб по бальной шкале анкеты OSDI для выявления наличия ССГ и степени его выраженности.

2. Проявления ССГ у студентов встречаются с частотой 80 %. Выявлены предрасполагающие факторы, влияющие на появление данного синдрома (авитаминоз, нерегулярность и недостаточность – питания, сна, пребывания на свежем воздухе, применение различных препаратов, нарушение режима работы с компьютером, ношение линз). В сравнении с юношами у девушек (в 4 раза) этот симптом возникает чаще.

3. Степени сухости по шкале анкеты OSDI у 87 % студентов выявлена легкая, у 12 % средняя и у 1 % выраженная степень ССГ.

4. Все существующие слезозаменители могут быть рекомендованы к применению при проблеме сухого глаза и, в частности, глазного «офисного синдрома». Не существует ограничений в отношении длительности их применения. Частота применения раствора устанавливается индивидуально, по мере необходимости и согласно рекомендациям врача-офтальмолога или специалиста по контактным линзам. Возможно применение слезозаменителей со всеми типами контактных линз.

5. При ДМЖ препаратами выбора являются слезозаменители с липидами типа Систейн баланс и Катионорм в связи с их способность ремодулировать все три слоя прекорнеальной защитной пленки, включая липидный.

ДЕМОДЕКОЗ ГЛАЗ У СТУДЕНТОВ

Д.А. Бутяев, И.В. Фомина, Е.Л. Иванова

Научные руководители: канд. мед. наук Е.Л. Иванова, И.В. Фомина
ДВГМУ, г. Хабаровск

Клещ *Demodex folliculorum hominis* паразитирует в сальных и мейбомиевых железах хряща век, а также в волосяных фолликулах человека и животных, при определенных условиях вызывая заболевание кожи и глаз – демодекоз. Обострения демодекоза могут быть спровоцированы контактом с животными, заболеваниями и вредными привычками, ослабляющими иммунитет больных. (Майчук Ю.Ф., 1988; Хатминский Ю.Ф., Розко Т.Е., 2001). Целью нашей работы было исследование наличия клещевой инвазии у студентов.

Материалы и методы: диагностика осуществлялась микроскопическим исследованием ресниц у 100 студентов ДВГМУ 1-го и 4-го курса. Женщин среди обследованных было 54 %, мужчин – 46 %. У обследованных проведен анализ перенесенных общих заболеваний, наличие жалоб и клинические проявления со стороны органа зрения.

Результаты исследования. Демодекс в ресницах выявлен у 17 %. В группе женщин демодекозом были поражены 9 %, в группе мужчин – 26 %. Причем у 88 % из инфицированных имели жалобы на выраженную «сухость» глазной поверхности. При изучении анамнеза оказалось, что 2 % лиц ранее уже получали лечение по демодекозному блефароконъюнктивиту. В группе пациентов с демодекозом 70 % проживают в общежитии.

Иммунологическая недостаточность (ИН) выявлена у 27 % обследованных (инфекционного типа у 21 %, аллергического - у 4 %, аутоиммунного – у 2 %). У 25 % выявлены заболевания ЖКТ, опорно-двигательного

аппарата – у 15 %. Кожные проявления демодекоза выявлены только у 12 %. Достоверной разницы в заболеваемости организма и в наличии ИН у сравниваемых групп не выявлено.

Бессимптомное носительство выявлено у 17 %, стертые формы демодекоза – у 64 %, неосложненный блефароконъюнктивит – у 17 %. В симптоматике преобладали жалобы на ССГ (синдром сухого глаза), связанного с дисфункцией мейбомиевых желез (ДМЖ). Явления ССГ 2-й степени в группе пациентов с демодекозом встречались в 4 раза чаще ($p < 0,05$).

После проведенного нами этиотропного и слезозаменительного лечения по схеме в течение 1,5-2 месяцев, повторный анализ на демодекоз был отрицательный у 100 %.

Выводы

1. В плановом обследовании студентов показаны исследования ресниц на демодекоз, особенно у лиц мужского пола и студентов, проживающих в общежитии.

2. Студенты мужского пола болеют демодекозом в три раза чаще женщин.

3. Все заболевшие нуждаются в слезозаменительной терапии проявлений ксероза глазной поверхности (назначением препаратов Офтолик, Оксиал, Вид-комод, Систейн-ультра), так как выявлена в 4 раза более высокая частота ССГ при демодекозе. При ДМЖ препаратами выбора должны быть Катионорм, Систейн-баланс, в составе которых включены липиды.

ПРИМЕНЕНИЕ МЕТИЛЕНОВОГО СИНЕГО В РИНОЛОГИИ

Д.О. Голофаев, М.А. Хорольская

Научный руководитель: канд. мед. наук М.А. Хорольская
*Красноярский государственный медицинский университет имени
профессора В.Ф.Войно-Ясенецкого, г. Красноярск*

Актуальность. Эндоскопические методы диагностики прочно вошли в рутинную практику. Микроэндоскопическое исследование (контактная микроэндоскопия) совместно с хромокопией значительно дополняют диагностические возможности эндоскопии, позволяя проводить прижизненное морфологическое изучение слизистых при увеличении до 150 раз (Хорольская М.А. соавт., 2010).

Цель исследования: изучение красителя метиленового синего на примере использования его для микроэндоскопического исследования слизистой оболочки полости носа.

Задачи:

1. определение оптимальной концентрации и времени экспозиции красителя;

2. изучение особенностей проведения контактной микроэндоскопии с использованием метиленового синего.

Материалы и методы. Метиленовый синий (синонимы: метиленовый голубой, метиленовая синь) (химическая формула: N,N,N',N' -тетраметилтионина хлорид тригидрат, 3,7-бисдиметиламинофенотиоцианит хлорид, метиловая синь, метиленовый голубой) по химической структуре относится к классу основных тиазиновых красителей. Метиленовый синий впервые был синтезирован Генрихом Каро в 1876 году (Derek Burton, 1985).

По данным литературы, метиленовый синий, являясь витальным красителем, обладает окислительно-восстановительными свойствами и может играть роль акцептора и донором ионов водорода в организме. В медицинской практике применяется в качестве наружного и внутреннего антисептика, а также антидота при отравлении некоторыми веществами (Машковский М.Д., 1997; Селиванов Е.В., 2003). Во время проведения окрашивания слизистой оболочки полости носа нами не было отмечено нежелательных явлений.

Окрашивая слизистую полости носа в темно-синий цвет, метиленовый синий не вступает в реакцию с эпителиальными клетками или компонентами секрета и позволяет проводить наблюдения за неподвижными изменениями (Canto M. I., Yoshida T., Gossner L., 2002).

Для исследования слизистой оболочки полости носа, покрытой цилиндрическим многорядным мерцательным эпителием и не имеющей выраженного рельефа, обладающей значительной слизистой ирригацией наилучшим образом подходят абсорбирующие красители (метиленовый синий, раствор Люголя), менее подверженные смыванию слизью, позволяющие лучше оценить количественный и качественный состав клеточных популяций. Это подтверждается нашими экспериментальными данными.

Данный способ окрашивания слизистой оболочки при хронических заболеваниях полости носа патогенетически оправдан. Интенсивность окраски слизистой оболочки в нашем исследовании отражает наличие и выраженность хронического воспаления, что связано с накоплением кислых гликозаминогликанов и нейтральных гликопротеидов и приводит к снижению водородного показателя (рН). Причем по мере сдвига рН в кислую сторону (уменьшение уровня рН) снижается интенсивность окрашивания отдельных структур (Семченко В.В., Барашкова С.А., Ноздрин В.И., Артемьев В.Н., 2006).

Нанесение 1 % водного раствора метиленового синего производилось легким касанием ватного тупфера к предварительно очищенной поверхности слизистой оболочки нижней носовой раковины. Окрашивание признавалось результативным при появлении синей окраски слизистой оболочки. В ходе проведения исследования установлено, что 1 % концентрация кра-

сителя является оптимальной, что согласуется с данными литературы (Pak M.W., Chow S., van Hasselt C.A., 2008).

Осмотр контактным микроэндоскопом диаметром 4,0 мм передне-бокового видения с углом зрения 30° с увеличением в 60 (60х) НПК «Азимут» (г. Санкт-Петербург, Россия) проводили в правой и левой половине полости носа поочередно, после предварительного эндоскопического осмотра.

Окуляр микроэндоскопа устанавливали перпендикулярно исследуемой поверхности слизистой оболочки нижней и средней носовой раковины и прикасались с ней. Сила давления риноскопа на поверхность раковины должна быть минимальна вследствие высокой чувствительности слизистой оболочки полости носа. Эмпирически установлено оптимальное время экспозиции – 10 секунд, что исключало появление дискомфорта у обследуемого.

Выводы

Способ окрашивания ткани с помощью красителя метиленового синего позволяет выдвинуть на первый план топографию ткани за счет максимального контрастирования розовой слизистой оболочки, что дает возможность выявить любые поражения слизистой оболочки, визуализировать их протяженность и границы. Контактная микроэндоскопия с применением метиленового синего информативна, технически легко выполнима для врача-оториноларинголога амбулаторного профиля. Для пациента процедура является безболезненной и безопасной.

ЛЕЧЕНИЕ ЦИТОМЕДИНАМИ ГЛАЗО-ДВИГАТЕЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВ И АТРОФИИ ЗРИТЕЛЬНОГО НЕРВА ИШЕМИЧЕСКИ-ГИПОКСИЧЕСКОГО ГЕНЕЗА

А.Е. Луговской, Е.Л. Иванова

Научный руководитель: канд. мед. наук Е.Л. Иванова
ДВГМУ, г. Хабаровск

Актуальным является поиск новых возможностей местного лечения последствий ОНМК (острого нарушения мозгового кровообращения). Ранее описаны способы введения ретиналамина и кортексина: парабульбарно, интраоперационно в субтенозово пространство, внутримышечно.

Цель исследования: изучить эффективность введения цитомединов – Ретиналамина и Кортексина в крыло-небную ямку (КНЯ), обладающих тканеспецифичным действием для поддержания клеточного гомеостаза и, как можно ближе, одномоментно к зрительному нерву и к ЦНС.

Материалы и методы: в комплекс общепринятого лечения 35 пациентов после ОНМК через день с двух сторон (по 2-3 раза в неделю с каждой стороны) дополнительно проводили введение нейропротекторных цитоме-

динов – препаратов Ретиналамина и Кортексина в область КНЯ. Содержимое флакона (10 мг кортексина, 5 мг ретиналамина, либо оба препарата совместно) растворяли в 1-2 мл 2 % раствора новокаина (лидокаина, после внутрикожной пробы) и вводили через день с двух сторон (по 5 инъекций с обеих сторон) в течение 10 дней, в пространство КНЯ. Повторные курсы проводили через 1-1,5 месяца, не менее трех курсов лечения.

Результаты исследования. После первых процедур у больных уменьшились субъективные жалобы на снижение зрения, а также появилась тенденция к нормализации положения и подвижности глазного яблока. Расширились поля зрения. С положительным результатом пролечено 35 больных в возрасте от 32 до 65 лет, обратившихся после ОНМК. Жалобы больных купировались постепенно, начиная с первых процедур, от курса к курсу лечения с интервалами в 1-1,5 месяцев. Острота зрения в результате лечения повысилась на 0,2 у большинства пациентов, суммарное поле зрения расширилось на 35-40 градусов ($p < 0,05$). Исчезновение угла девиации и нормализация положения век достигнута в 31 % случаев. У остальных угол девиации уменьшился на 8-10 градусов, значительно улучшилось положение век и подвижность глазного яблока на стороне поражения. В связи с этим, отмечена достоверно высокая 100 % удовлетворенность пациентов функциональными и косметическими результатами лечения.

Выводы

1. Ретиналамин и Кортексин после ОНМК предпочтительно вводить в КНЯ в условиях глазного стационара в связи с уникальностью препаратов для курсов реабилитирующей терапии, их способностью стимулировать регенерацию нейрорецепторного и двигательного аппарата глаза, также восстановление зрительных функций и подвижности мышц.

2. При введении Ретиналамина и Кортексина в КНЯ отмечен потенцируемый эффект повторных курсов лечения, стойкие функциональные результаты, что объясняется особенностью действия Цитомединов – препараты не имеют аналогов, им характерны патогенетическая направленность,

3. Метод введения Цитомединов в КНЯ совместим со всеми методами и способами лечения, с другими лекарственными препаратами, противопоказаний и побочных действий не существует, за исключением аллергий на новокаин и лидокаин.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ГЛАЗНОГО ПРОТЕЗИРОВАНИЯ В ХАБАРОВСКОМ КРАЕ

И.И. Малютин, О.В. Кузнецова, О.В. Пятышина

Научный руководитель канд. мед. наук, доцент О.В. Пятышина

ДВГМУ, г. Хабаровск

Актуальность. Глазопротезирование – единственный метод реабилитации больных с анофтальмом, микрофтальмом, субатрофией глаза вследствие осложнений тяжелой травмы, онкопатологии, воспалительных процессов, абсолютной глаукомы (Р.А. Гундорова, Е.Н. Вериги, М.П. Харлампиди, 2007, 2011). На территории России более 400 000 лиц нуждающихся в глазном протезировании. Показатель распространенности анофтальма составляет 24,47 на 10 000 населения, и число энуклеаций ежегодно неуклонно возрастает (Е.П. Садовская, 2005).

Цель исследования: провести сравнительный анализ показателей глазного протезирования за 2006 и 2013 годы по данным лаборатории глазного протезирования г. Хабаровска. Лаборатория глазного протезирования является единственной в Дальневосточном регионе, где оказывается глазопротезная помощь детскому и взрослому населению. Главными задачами лаборатории являются: первичное протезирование, ступенчатое протезирование, изготовление индивидуальных глазных протезов, учет лиц нуждающихся в протезировании, направление пациентов для хирургической подготовки к последующему глазному протезированию.

Полученные результаты. Количество лиц обратившихся за помощью в лабораторию в 2006 году – 452 чел., в 2013 году 480 чел. Соотношение мужчин и женщин в 2006 году соответствовало 251 чел. (55,5 %) и 201 чел. (44,5 %), а в 2013 году 265 чел. (55,2 %) и 215 чел. (44,8 %). Анализ возрастного состава пациентов показал, что больше всего лиц было в возрасте 30-50 лет (75 чел. в 2006 г. и 81 чел. в 2013 г.), в возрасте 60 лет и старше (63 чел. в 2006г. и 74 чел. в 2013 г.).

Из причин, приведших к удалению глазного яблока, имели место травмы глаза – 164 чел. (26,6 %) в 2006 г. и 165 чел. (34,3 %) в 2013 г., глаукома 127 чел. (28%) в 2006 г. и 140 чел. (29%) в 2013 г., воспалительные заболевания глаза 53 чел. (11 %) в 2006 г. и 40 чел. (8 %) в 2013 г., внутриглазные опухоли 97 чел. (21 %) в 2006 г. и 135 чел. (28 %) в 2013 г. Все показатели по причинным факторам соответствуют средним статистическим данным по Российской Федерации.

Осложнениями, встретившимися при ношении глазных протезов были: бактериальный конъюнктивит, грануляции, уменьшение конъюнктивальной полости, вторичный легкий птоз. У 95 % пациентов была сохранена подвижность глазных протезов.

Количество пациентов имеющих инвалидность по зрению среди лиц с анофтальмом составило 145 чел. (32 %) в 2006 г. и 162 чел. (33 %) в 2013 г.

Выводы

1. Ежегодное число пациентов, нуждающихся в глазном протезировании, существенно не изменилось.
2. Соотношение между мужчинами и женщинами осталось прежним.
3. По возрасту неизменно больший процент составляет интервал от 30 до 50 лет.
4. Среди причин приводящих к удалению глаза отмечено уменьшение процента воспалительных заболеваний глаза (на 7 %), но увеличение (на 7 %) внутриглазных опухолей.
5. Процентное соотношение инвалидности по зрению у лиц с глазным протезом остается на одном уровне.

АНАЛИЗ СТАДИЙ ГЛАУКОМЫ ПРИ НАПРАВЛЕНИИ ПАЦИЕНТОВ НА ЛАЗЕРНОЕ И ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ

А.Н. Марченко¹, Е.Л. Сорокин^{1,2}, А.Г. Авакян², Ю.Э. Тен³

¹Хабаровский филиал ФГБУ «МНТК «Микрохирургия глаза» им. акад. С.Н. Федорова» Минздрава России,

²Дальневосточный государственный медицинский университет;

³Институт повышения квалификации специалистов здравоохранения, Хабаровск

Актуальность. Одной из наиболее актуальных проблем современной офтальмологии, как с медицинской, так и с социальной точки зрения, является глаукома. В настоящее время в мире насчитывается более 67 миллионов больных глаукомой. По существующим прогнозам к 2020 году ожидается увеличение количества больных глаукомой до 80 миллионов человек. Слепота от глаукомы в последние годы выросла с 8,8 до 11,2 миллионов человек. По данным Е.С Либман, в России насчитывается свыше одного миллиона больных глаукомой, причем из них – 66 тысяч слепые на оба глаза.

В нашей клинике большое значение придается своевременному выявлению и патогенетическому лечению пациентов с первичной открытоугольной глаукомой (ПОУГ). Нами в течение ряда лет проведены исследования по изучению гемодинамики и микроциркуляции при данной патологии, определены критерии риска ее нестабильного течения, усовершенствован ряд технологий ее хирургического и лазерного лечения.

Но, несмотря на определенные достижения, тем не менее, инвалидность и слепота при глаукоме значительно не изменились за эти годы. Так, в Хабаровском крае она продолжает занимать первое место в структуре глазной патологии, составляя 33 % (данные Хабаровского бюро МСЭ, 2011).

На начало 2014 года в Хабаровском крае, зарегистрировано более 10 тысяч больных глаукомой, фактически эта цифра значительно выше и может составить не менее 12 тысяч человек.

Одним из ведущих факторов, приводящих к стабилизации глаукомного процесса, является достижение толерантного уровня ВГД, или давления «цели». Вероятность стабилизации распада зрительных функций у больных ПОУГ напрямую зависит от стадии, когда оно было стойко нормализовано. Чем раньше – тем лучше.

В отделе глаукомы ежегодно оперируется свыше 1000 пациентов. В этой связи мы решили исследовать своевременность направления пациентов с ПОУГ на лазерное и хирургическое лечение во взаимосвязи со стадиями заболевания.

Цель работы: анализ структуры стадий первичной открытоугольной глаукомы у пациентов, направляемых на лазерное и хирургическое лечение.

Материалы и методы: В ходе работы был проведен ретроспективный анализ 2625 карт пациентов с ПОУГ, прооперированных в 2011–2013 годах в глаукомном отделе Хабаровский филиал «МНТК «МГ». Проведён анализ структуры заболевания по стадиям и степени компенсации внутриглазного давления.

Результаты и обсуждение. Средний возраст пациентов составил 45-79 лет (62 ± 17 лет). Мужчин было – 1 653 (62,97 %), женщин – 972 (37,03 %). Показаниями к направлению на лазерное и хирургическое лечение являлось отсутствие стойкой нормализации ВГД на комбинированном гипотензивном режиме.

Структура стадий ПОУГ в общей совокупности пациентов оказалась следующей: начальная – 446 глаз (16,9 %), развитая – 612 глаз (23,3 % случаев), далекозашедшая – 1 360 глаз (51,8 %), терминальная 207 глаз (7,89 %). Как видно, более половины случаев составляла III стадия. Причем, отмечается характерная негативная тенденция. Так, если в 2011 году доля далекозашедшей стадии составляла 46,34 % (437 глаз), в 2012 году она увеличилась до 51,41 % (453 глаза) а в 2013 году достигла 58,67 % (470 глаз).

Особую тревогу вызывает тот факт, что данная тенденция сопровождалась прогрессирующим снижением доли начальной стадии заболевания. Так, если в 2011 году ее доля в структуре направленных на операцию пациентов составила 20,9 % (198 глаз), в 2012 году отмечается снижении её до 17,25 % (152 глаза) и к 2013 году достигает минимума – 11,98 % (96 глаз).

Доля развитой стадии оказалась примерно однородной: в 2011- 22,4 % (212 глаз); в 2012 году – 23,5 % (207 глаз); в 2013 году – 24,09 % (193 глаза).

Доля терминальной стадии глаукомы составила – 10,18 % (96 глаз) в 2011 году, 7,83 % (69 глаз) в 2012 году и достигла 5,24 % (42 глаза) в 2013 году.

Подобная тенденция чрезвычайно настораживает. Она может свидетельствовать о нескольких факторах. Прежде всего – о позднем первичном выявлении ПОУГ. Это в свою очередь напрямую связано с утратой профилактического принципа раннего выявления данного грозного заболевания. Во вторых, это свидетельствует об инертности некоторых участковых окулистов, которые не спешат отправлять на хирургическое лечение пациентов даже при отсутствии стойко нормализованного ВГД. В третьих, в непонимании ими толерантного уровня ВГД, когда при статистически нормальном уровне ВГД для данной стадии этот показатель интолерантен. В подобных случаях необходимо радикально менять тактику ведения пациентов.

Подобная ситуация является явно вопиюще недопустимой. По данным В.Д. Кунина, А.А. Редид, в начальной стадии открытоугольной глаукомы в проведении антиглаукомной операции нуждается от 27,0 до 79,0 % больных, в развитой стадии – от 28,4 до 66,7 % больных, в далекозашедшей стадии – 96,9 % больных.

Выводы

Полученные в ходе анализа данные свидетельствуют о низком уровне раннего выявления и об отсутствии системы диспансеризации пациентов с ПОУГ. Подавляющее большинство пациентов с ПОУГ направлялись для оперативного лечения в ХФ лишь с далекозашедшей стадией глаукомы. В то же время, в структуре направляемых пациентов отмечается ежегодное снижение частоты начальной стадии. Вследствие отсутствия активного осмотра здорового населения на глаукому, выявленная тенденция угрожает новым всплеском глазной инвалидности и слепоты при данной патологии. Необходимо возрождать систему тотальной диспансеризации населения старше 35 лет для выявления и своевременного лечения ПОУГ. Только такой путь поможет устранить «ножницы» в виде увеличения доли далекозашедшей стадии и сокращения начальной стадии заболевания.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАЗЛИЧНЫХ МЕТОДОВ ВОЗДЕЙСТВИЯ ЛАЗЕРОМ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ГИПЕРТРОФИЧЕСКОГО РИНИТА

О.П. Миронович, А.С. Тетерич

Научный руководитель: канд. мед. наук, доц. И.В. Долина
Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск

Введение. В настоящее время существует несколько методов применения хирургического лазера при лечении хронического ринита. Поиск

наименее болезненных методов лечения хронических ринитов диктует необходимость сравнения болевых ощущений, испытываемых пациентами в послеоперационном периоде.

Цель. Сравнить болевые ощущения в послеоперационном периоде у пациентов с хроническим гипертрофическим ринитом – после лазерной фотокоагуляции нижней носовой раковины (при наружном воздействии на слизистую оболочку нижних носовых раковин) и подслизистой лазерной фотокоагуляции нижних носовых раковин. Оценить переносимость боли в послеоперационном периоде у женщин и мужчин.

Материалы и методы исследования. Слизистая и подслизистая лазерная фотокоагуляция нижней носовой раковины проводились с использованием лазера с длиной волны 1,56 мкм, мощностью 10 Вт, в импульсном режиме под местной инфильтрационной анестезией 0,5 % раствора новокаина □ 3,0. Болевые ощущения оценивались на 1-й, 3-й и 7-й дни после операции по двум критериям: интенсивность и сенсорное восприятие боли при помощи модификации способа оценки боли (Адашинская Г.А., Мейзеров Е.Е., Фадеев А.А.). Интенсивность боли оценивалась по 7 характеристикам, которым соответствовали баллы от 0 до 6. Мы использовали следующую выраженность интенсивности боли в баллах: боли нет – 0 баллов; боль очень слабая – 1 балл; боль слабая – 2 балла; боль средней силы – 3 балла; боль сильная – 4 балла; боль очень сильная – 5 баллов; боль невыносимая – 6 баллов.

Сенсорное восприятие боли оценивалось по 46 характеристикам, которым соответствовали баллы от 0 до 6.

В исследовании участвовало 52 человека, которые были разделены на две группы по 26 человек. В первую группу (ГР1) были включены пациенты, которым выполнялась наружная методика лечения гипертрофического ринита, а во вторую (ГР2) – пациенты, которым проводилась подслизистая лазерная фотокоагуляция нижней носовой раковины. Средний возраст пациентов в первой группе составил – $32,9 \pm 9,4$ года, во второй – $31,5 \pm 12,8$ года. Достоверных различий по возрасту между группами не было.

Результаты исследования. Оценка различий интенсивности боли между пациентами ГР1 и ГР2 показала, что на первый день после операции в 1 группе средняя интенсивность боли составила $1,67 \pm 0,88$ балла, что достоверно выше, чем у пациентов во 2 группе – $0,42 \pm 0,85$ балла ($p_{\text{Стьюдента}} < 0,05$). Как показали наши исследования, на третий день после операции средняя интенсивность боли достоверно не отличалась в группах (в ГР1 составила $0,083 \pm 0,28$ балла, а в ГР2 – $0,071 \pm 0,26$ балла, $p < 0,05$). Пациенты обеих групп на седьмой день после операции болевых ощущений не отмечали.

Средний коэффициент сенсорного восприятия боли на первый день после операции у мужчин из ГР2 – $2,067 \pm 2,05$ балла, что достоверно ниже, чем у пациентов из ГР1 – $5,069 \pm 2,45$ балла ($p_{\text{Стьюдента}} < 0,05$). Женщинам из

ГР2 болевые ощущения приносили меньший дискомфорт ($2,045 \pm 2,17$ балла), чем пациенткам из ГР1 ($3,87 \pm 0,47$ балла) ($p_{\text{Стьюдента}} < 0,05$). Достоверных различий между сенсорным восприятием боли на третий день после операции у мужчин из 1 и 2 групп не было ($1,939 \pm 1,97$ и $1,399 \pm 1,48$ балла соответственно, $p > 0,05$).

У женщин из обеих групп на третий и седьмой день после операции боль отсутствовала. На седьмой день после операции мужчины также не испытывали боли.

Достоверных различий между интенсивностью и сенсорным восприятием боли у мужчин и женщин на первый день после операции не было. На третий и седьмой день после операции у женщин боль отсутствовала, в то время как у мужчин на третий день еще имелись болевые ощущения.

Выводы

1. Пациенты обеих групп испытывали чувство боли в основном только в первые сутки после операции, причем ее выраженность у пациентов после подслизистой лазерной фотокоагуляции была меньшей.

2. Болевые ощущения в послеоперационном периоде были менее выражены у женщин, чем у мужчин в обеих группах.

ИЗМЕНЕНИЯ В СОСТАВЕ СЛЕЗНОЙ ЖИДКОСТИ ПРИ ЗАНЯТИЯХ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫМ СПОРТОМ

М.А. Яковлева, Е.С. Юкомзан

Научный руководитель: канд. мед. наук, доц. И.Ю. Абдуллин
ДВГМУ, г. Хабаровск

Цель: изучить биохимические изменения в слезной жидкости при занятиях профессиональным спортом.

Материалы и методы. Обследовано 10 практически здоровых людей в возрасте 20-28 лет и 20 спортсменов – боксеров (ДВЮИ МВД России) в возрасте 20-30 лет. Для оценки метаболических изменений в слезной жидкости проведено биохимическое исследование слезы и хемилюминесценция. Слезная жидкость (СЖ) – это многокомпонентный секрет, находящийся в конъюнктивальной полости, постоянно увлажняющий наружную поверхность эпителия роговицы и конъюнктивы. Кислотность слезы составляет 6,5-7,8. В состав слезы входит 1-2 % неорганических веществ, остальные 98-99 % приходятся на воду. В слезе определен белок в количестве 20 г/л, мочевины ($3,5-7,5$ ммоль/л), креатинин ($6,38 \pm 1,05$ мкмоль/л), холестерин ($0,02 \pm 0,005$ ммоль/л), КФК ($6,7 \pm 0,5$ мкмоль/л), СОД ($8,5 \pm 0,5$ ЕД/мл), ЛДГ ($9,3 \pm 2,3$ мкмоль/л), малоновый диальдегид ($0,45-1,7$ нмоль/л), каталаза ($2,6 \pm 0,36$ мккат/мл), глюкоза 0,05-3,30 ммоль/л. Биохимические исследования слезной жидкости проводились на базе независимой

лаборатории «ИНВИТРО». Интегральная оценка процессов свободнорадикального окисления в слезной жидкости проводилась с использованием метода хемилюминесценции (ХМЛ). Исследования проводились на базе ЦНИЛ ДВГМУ. Исследовали спонтанную и индуцированную Fe^{2+} ХМЛ, определяя: Светосумму за 1□ спонтанной ХМЛ, ($S_{\text{spont}} - 1$) величина которой коррелирует с интенсивностью генерации свободных радикалов. Максимум быстрой вспышки ($H_{\text{ind-1}}$) индуцированной ХМЛ, свидетельствующий о содержании гидроперекисей липидов. Светосумму ($S_{\text{ind-1}}$) за 2□ после «быстрой» вспышки, которая отражает скорость накопления перекисных радикалов липидной природы.

Выводы

Нами отмечено повышение уровня белка в 1,1 раза, креатинина в 1,5 раза и мочевины в 1,6 раза, что говорит о высоком уровне катаболических процессов, наряду с анаболическими. Оценивая энергетический обмен было выявлено, что у спортсменов в отличие от контрольной группы после нагрузки повышалась активность КФК в 2 раза и ЛДГ в 1,5 раза. Дополнительно были изучены основные показатели ПОЛ и антиперекисной защиты: малоновый диальдегид (МДА) был повышен в 4,4 раза, ферменты – каталаза (снижена в 0,7 раза) и супероксиддисмутаза (СОД) снижена в 0,8 раз. Выявленные изменения свидетельствуют о том, что в условиях перенапряжения мышц ухудшаются условия для аэробного расщепления глюкозы, и происходит сдвиг энергетического обмена в сторону гликолиза. Это приводит к активизации ПОЛ и частичной деструкции клеточных элементов. Таким образом, СЖ представляет собой поликомпонентную метаболически активную биологическую систему, в которой активно протекают разнообразные метаболические, иммунологические, регуляторные, защитные процессы и многие биохимические реакции.



Общественные науки

БЕЗДОМНОСТЬ КАК СОЦИАЛЬНОЕ ЯВЛЕНИЕ: ПРИЧИНЫ И ПУТИ РЕШЕНИЯ

К.В. Вишнева

Научный руководитель: канд. социол. наук, доц. Т.Б. Соколова
ДВГМУ, г. Хабаровск

Проблема бездомности в нашей стране всегда существовала. На сегодняшний день она по-прежнему актуальна. Бездомность – это нарушение связей и взаимоотношений человека с внешним миром, отсутствие постоянного жилища у индивидов или семей, невозможность ведения оседлого образа жизни, неполноценное социальное функционирование. Сопутствующим фактором бездомности является снижение социальной активности человека: снижается мотивация к труду, основная часть бездомных все меньше надежд возлагает на социальное окружение и продолжает вращаться только в кругу себе подобных. Бездомности, как правило, сопутствует бродяжничество как социальное явление, характеризующееся скитанием лиц без определенного места жительства в течение длительного времени по территории страны либо в пределах населенного пункта или города. Особенно широко бездомность и бродяжничество распространяются в периоды социальных потрясений и стихийных бедствий: войн, голода, наводнений, землетрясений, кризисных процессов в тех или иных странах. В 2000 г. (по данным Института социально-экономических проблем народонаселения РАН в РФ) в России было 3 млн человек. В 2008 год (по последним данным МВД России) их стало уже 4,5 млн человек.

Причинами возникновения бездомности являются: недостаточное количество жилищ, нехватка дешевого жилья; безработица, обуславливающая отсутствие средств для оплаты жилья; низкий уровень дохода многих семей и отдельных граждан; социальное нездоровье общества (лица с отклоняющимся поведением, наркоманы, алкоголики, душевнобольные); нездоровые отношения в семье; положение лиц, вышедших из мест заключения; слабые возможности реализации социальных программ, нацеленных

на оказание материальной и другой помощи малообеспеченным семьям, группам риска и т. д. В нынешних условиях в качестве важнейших факторов роста числа бездомных в России и в целом в СНГ можно назвать развал СССР, нестабильность во взаимоотношениях вновь образованных государств, межнациональные конфликты, особенности рыночной экономики.

Одной из причин бездомности в России являлось наличие прописки, правила регламентации которой были введены постановлением ЦИК и СНК СССР в декабре 1932 г. Дополнения, детализация, послабления в целом не меняли сути: без отметки в паспорте было трудно получить и работу, и особенно жилье. И теперь вопрос о прописке не решен до конца: не ясно, что лучше – отменить ее или оставить. Социологическое исследование (2005 г.) конкретизирует причины бездомности (беженцы не опрашивались): 1. Выписан в связи с конфликтами в семье (37,5 % из 133 опрошенных бездомных). 2. Нигде не берут на постоянную работу. 3. Сам ушел из дома, скучно жить на одном месте (т.е. есть люди, склонные к бродяжничеству). 4. Без конкретных причин (решение принято скорее самостоятельно). Из опрошенных 52,5 % – работали раньше на производстве, 39 % – находились в местах заключения, 47,3 % – ничего хорошего о своем детстве сказать не смогли.

Ни в одной стране нет точной статистики бездомных. Сколько бездомных в России – точно не знает никто. Отсутствует должным образом поставленный статистический учет, сложен сам объект подсчета (бездомные), размыто определение понятий «бездомность», «бездомные».

Основные группы бездомных: утратившие жилье в связи со сделками; ставшие бездомными по семейным причинам; выселенные без предоставления другого жилого помещения; имеющие тягу к странствиям, скитаниям; кочевые народы, можно отнести к категории бездомных; дети-бездомные. По данным Генеральной прокуратуры РФ, в 2001 г. в России было 2 млн беспризорников, в 2008 г. – 3 млн. Причем, правоохранительными органами учтены только те, кто попал в поле зрения полиции.

Главные направления решения проблемы бездомности в России:

1. Необходимы меры глобального стратегического характера, что зависит от уровня развития общества, морали, духовной жизни в целом, политической культуры, степени развития социальной сферы, экономики.

2. Решение проблем беженцев («группа риска»): дополнительные рабочие места, социальные столовые при храмах (горячие обеды).

3. Разработка кодекса миграционных законов, регламентирующих территориальные перемещения населения; совместные решения государств СНГ (или двусторонние соглашения между Россией и бывшими союзными республиками).

4. Решение жилищной проблемы:

а) введение новой системы оплаты квартир, повышение квартплаты в целом и тесная ее увязка с размером и качеством занимаемой площади, расположением жилья (тип застройки, развитость сферы услуг, близость центра, ландшафтно-экологические условия);

б) расширение жилищно-строительной кооперации;

в) содействие индивидуальному жилищному строительству.

В настоящее время в России оказывают бездомным конкретную помощь: открывают дома ночного пребывания, приюты, дома-интернаты, временно расселяют беженцев в домах отдыха и пансионатах, в общежитиях предприятий и организаций и т. п.

ВЛИЯНИЕ АСПЕКТОВ РЕАЛИЗАЦИИ ПРОГРАММЫ «ОХРАНА ЗДОРОВЬЯ СТУДЕНТОВ» (2010–2015 ГГ.) НА ФОРМИРОВАНИЕ УСТАНОВОК НА ЗДОРОВЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ

В.В. Волощенко, О.В. Лемещенко, Н.В. Садко

Научный руководитель: канд. мед. наук, доц. О.В. Лемещенко
ДВГМУ, г. Хабаровск

Актуальность. Охрана здоровья молодежи всегда являлось актуальной задачей, особенно в условиях социальных и экономических преобразований. Студенты всегда уделяют мало времени и усилий для сохранения и укрепления здоровья, а так как отношение к здоровью предполагает как мотивацию, так и создание соответствующих условий для полноценного труда и отдыха, решение данной проблемы требует комплексного подхода.

В 2010 году решением Ученого совета ДВГМУ от 30 марта (протокол № 3) была утверждена программа «Охрана здоровья студентов», рассчитанная на период до 2015 года. Ее целью явилось создание и реализация в образовательном пространстве университета системы формирования здорового образа жизни, обеспечивающей становление социально активной, нравственно устойчивой, психически и физически здоровой личности.

В рамках исследования среды, способствующей формированию ценностного отношения студентов к своему здоровью и здоровью окружающих и ресурсного обеспечения укрепления и сохранения здоровья, целью исследования стал анализ влияния аспектов реализации программы «охрана здоровья студентов» (2010–2015 гг.) на формирование установок на здоровый образ жизни.

Материалы и методы. При проведении исследования использовалась непосредственно программа «Охрана здоровья студентов» и стандартизованные анкеты, включающие в себя 100 вопросов касательно образа жизни и состояния здоровья студенческой молодежи. Исследование проводилось в два этапа – оценивались данные, полученные в 2009 и в 2014 годах. В

роли респондентов выступали студенты 1-6-го курсов медицинского вуза (400 человек). Для анализа и оценки результатов использовались информационно-аналитический и статистический методы, а также метод сравнительного анализа. Обработка данных проводилась в пакете MS Office при применении программ SPSS 16.0 и Statistica 6.0.

Результаты и обсуждение. При реализации Программы в учебные планы всех факультетов были введены курсы, направленные на формирование здорового образа жизни; расширена программа секций спортивной направленности; начали внедряться разработки по оптимальному календарному планированию учебного процесса; был произведен ряд ремонтных работ в учебных корпусах и общежитиях.

На фоне этих преобразований был выявлен ряд изменений. Так, если в 2009 году не удовлетворены условиями проживания в общежитии были $30,00 \pm 3,24$ % опрошенных, то в 2014 их доля уменьшилась до $16,00 \pm 2,59$ %, что достоверно ниже в 1,9 раза.

Если еще пять лет назад свое здоровье оценивали как отличное либо хорошее $52,80 \pm 2,00$ % респондентов, то сейчас их доля возросла до $74,00 \pm 3,10$ %, при этом лишь $16,00 \pm 2,59$ % признают, что не предпринимают все необходимые меры для укрепления и сохранения здоровья, а $89,00 \pm 2,21$ % утверждают, что в достаточной мере осведомлены по вопросам здорового образа жизни. Возросла и доля лиц, систематически занимающихся физической культурой и спортом с $32,50 \pm 1,9$ % до $52,50 \pm 3,53$ %.

Неотъемлемой характеристикой процесса взросления является формирование вредных привычек, как фактора, способствующего ощущению «взрослости». В 2009 году $20,00 \pm 1,60$ % опрошенных указали, что употребляют алкогольные напитки и еще $16,00 \pm 1,83$ % – что пьют пиво, но алкогольным напитком его не считают. К тому же, несмотря на то, что $79,80 \pm 2,30$ % студентов относились к курению отрицательно, $34,10 \pm 2,70$ % курили на момент опроса, а еще $19,00 \pm 1,96$ % курили ранее, но бросили или пытались это сделать. Никто из опрошенных не указал, что употребляет наркотические средства, однако 10 человек отметили, что считают их действие на организм не отрицательным, а приносящим радость и расслабление. В 2014 году доля курящих уменьшилась до $23,50 \pm 3,00$ %, однако численность студентов, употребляющих алкогольные напитки, возросла до $42,50 \pm 3,50$ %. Кроме того, было установлено, что достоверно чаще курят те студенты, которые также указали, что употребляют алкоголь ($p < 0,01$).

При проведении дисперсионного анализа равенство дисперсий оценивалось с использованием теста Левене, показавшего наличие однородности между группами сравнения, а традиционная схема анализа (осуществляемого на основе общей линейной модели) выявила значимое влияние реализации направлений Программы на уровень осведомленности студентов по вопросам здорового образа жизни ($p < 0,01$), на показатели их физической

подготовки ($p < 0,01$) и на общий уровень распространенности вредных привычек ($p < 0,05$).

Выводы

Университет – это среда, в которой учащийся находится большую часть времени. Здесь важное значение имеет не только правильная организация рабочего места студента, обеспечение соответствия аудиторий и лабораторий санитарным нормам, но и помощь в организации досуга молодежи, исполнение запретов на употребление психоактивных веществ в стенах высшего учебного заведения с последующим самостоятельным отказом студентов от их применения - т.е. внедрение основ здорового образа жизни в труд и быт учащихся и формирование установок на здоровьесохранивающее поведение.

ЭКОЛОГИЧЕСКОЕ САМОСОЗНАНИЕ КАК СОЦИАЛЬНОЕ ЯВЛЕНИЕ: РОЛЬ ОБРАЗОВАНИЯ И ВОСПИТАНИЯ

А.А. Воробейник, Т.В. Плиско, В.М. Приезжих, О.А. Бортнюк

Научный руководитель: канд. к. наук, доц. О.А. Бортнюк

ДВГМУ, г. Хабаровск

Современное информационное общество XXI века создало все условия для нормальной жизнедеятельности человечества, его развития и роста, веры в будущее. Но через что нужно было пройти, чтобы добиться такого результата?! Думаем, это знает практически каждый человек на планете Земля... Пройти нужно было через безудержную трату природных ресурсов во имя прогресса, прийти – к экологическим катастрофам.

К несчастью, мы не всегда задумываемся над тем, что происходит с нашей экологией, нашей природой, когда в её цельный живой организм вмешивается человек. Нам главное – достичь целей, которые интересуют только нас. Мы не спрашиваем у природы разрешения, а действуем по принципу: «Природа не храм, а мастерская, и человек в ней – работник» (И.С. Тургенев). Вот и выходит, что человечество – главная экологическая проблема. Затрачивая серьёзные усилия на то, чтобы войти в храм окружающей среды с топором, человек отрекается от своей причастности к живому миру природы и не думает об ожидающих его последствиях. Забирая у природы всё самое ценное, мы отнимаем шанс на жизнь у последующего поколения, обрекая его на неполноценное существование. А ведь всё к этому и идёт. Запасы полезных ископаемых практически истощены, масштабы лесов с каждым годом уменьшаются, моря и океаны загрязняются, почва истощается, радиационная активность увеличивается, растёт численность отходов. Мы «играем в лотерею» с бытием, стремясь взять его главную ценность, главный приз, неприкосновенный запас – прекрасный мир.

Насколько сформировано экологическое самосознание современной молодёжи? В ДВГМУ было проведено исследование, которое позволило выяснить отношение студентов очной формы обучения к проблемам экологического характера. Нами были проведены анкетирование и опрос среди студентов ДВГМУ, в которых приняли участие в общей сложности 110 человек. Среди них: аспиранты – 7 человек, 1-й курс (клинические психологи) – 15 человек, 2-й курс (фармацевты) – 44 человека, 3-й курс (фармацевты) – 11 человек, 2-й курс (педиатры) – 9 человек, 1-й курс (лечебный факультет) – 24 человека.

По результатам анкетирования получены следующие результаты. Как Вы относитесь к разбросанному около вашего дома, университета, места работы мусору? Мне безразлично, отношусь равнодушно – 1,1 %, меня это беспокоит, стараюсь убрать мусор – 14,4 %, думаю, что люди не заботятся о сохранении чистоты в собственном доме, не говоря уже о природе – 78,5 %. Что, по Вашему мнению, загрязняет окружающую среду в большей степени? Выбросы в воздух промышленных отходов из труб заводов, фабрик – 70 %, лесные пожары – 3,5 %, пищевые отходы – 26,5 %. Как Вы считаете, насколько необходимо знание об экологической ситуации в мире? Об этом должен знать каждый человек – 85,6 %, Экологические знания обязательны только для специалистов – 6,6 %, мне трудно ответить, пока не знаю – 7,8 %. Обсуждаете ли Вы экологическую обстановку вашего города в семье, с друзьями? Довольно часто – 10 %, не обсуждаю – 27,7 %, иногда – 62,3 %. Вас беспокоит, в какой экологической обстановке будут жить Ваши дети и внуки? Часто об этом думаю, меня это очень беспокоит – 43,4 %, нет – 5,5 %, иногда думаю об этом – 51,1 %. Что нужно сделать, чтобы улучшить экологическую обстановку в Вашем городе? Чаше собираться на городские субботники – 20,7 %, повышать экологическую культуру населения – 66,2 %, закрыть экологически вредные предприятия – 13,1%. Оцените по пятибалльной шкале уровень своей экологической культуры? «1-2» – 12,3 %, «3-4» – 83,3 %, «5» – 4,4 %.

По результатам экологического опросника выявлена следующая социально-экологическая ситуация. Устраивает ли Вас экологическое состояние вашего города? 92 % ответили нет; «в некоторых переулках очень грязно». Состоите ли Вы в экологической организации? Участвовали в экологической акции? 42 % ребят участвовали в школе. 42,5 % выходили на субботники, 11,5 % озеленяли парковую зону. Есть участник арт-группы «Самовар» – их экологическая акция проходила на прудах. 6 % посещали экологические кружки в школе. 4 % не участвовали ни в чём. Считаете ли Вы, что любовь к природе и хорошее к ней отношение должны закладываться с детства? 100 % респондентов ответили на вопрос утвердительно, из них 15 % считает, что это – обязательное условие для гармоничного развития личности.

Результаты этого исследования были представлены в ДВГМУ на философском клубе, в научных работах на конкурсы (Студенческая весна-2014, Краевой конкурс Министерства природных ресурсов «Эколидер-2013») и других мероприятиях. Таким образом, проведённые среди студентов ДВГМУ опрос и анкетирование выявили средний уровень экологической культуры, и стремление ребят участвовать в охране окружающей среды. Воспитательная работа, направленная на формирование экологической шкалы ценностей, проведение экологических мероприятий с привлечением студентов, позволит сформировать в нашем учебном заведении высокий уровень экологического сознания и культуры. В век информационных технологий для подобного проекта предоставляется множество возможностей.

**ИННОВАЦИОННЫЕ ФОРМЫ ТВОРЧЕСКОГО
ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ С МОЛОДЕЖНОЙ СУБКУЛЬТУРОЙ
«ГРАФФИТИ» В СОВРЕМЕННЫХ РОССИЙСКИХ УСЛОВИЯХ
(НА ПРИМЕРЕ Г. ХАБАРОВСКА)**

К.А. Гаас, А.В. Добрых

Научные руководители: канд. пед. наук, доц. О.Н. Теньшова;

канд. с. наук, доц. А.В. Добрых

Хабаровский государственный институт

искусств и культуры, г. Хабаровск

Современная социальная ситуация изменяется непрерывно, создавая предельно нестабильную систему, на фоне которой происходит формирование подростковых субкультур. Являясь одной из наименее адаптированных и социально незащищенных групп, подростки несут на себе отпечаток общей социальной неопределенности, неуверенности и тревожности. Молодёжные субкультуры, пропагандируя свои неформальные интересы и демонстрируя общественности свою индивидуальность, впоследствии стали привлекать подростков и по-разному на них влиять. Разумеется, давать моральную оценку такого рода влияниям – дело весьма проблематичное; «хороший» либо «плохой» характер таких влияний зависел как от характера конкретной субкультуры, так и от ценностей, устоев и установок конкретного общества (равно как и от динамики развития этих составляющих). На вопрос о том, что такое субкультура «граффити», люди часто отвечают, что это вандализм, непонятные рисунки в общественных местах и хулиганство, которое необходимо запретить, штрафовать за подобные действия и т.д.

При этом необходимо отметить, что существуют и иные мнения, защищающие подростков, занимающихся рисунками в стиле «граффити». В данном отношении представляется целесообразным обратить внимание на само на понятие «субкультура» как общность людей, чьи убеждения и

поведение отличны от общепринятых или просто скрыты от широкой публики; это отличает данное понятие от более широкого понятия культуры, ответвлением которой субкультуры являются. Чаще всего субкультуры приобретают черты отдельных культурно-идейно-мировоззренческих образований. Субкультуры могут различаться по возрасту, расе, этнической или классовой принадлежности, полу. Определяющие черты субкультуры могут иметь эстетический, религиозный, политический характер и возникают как оппозиция традиционным ценностям. Поклонники субкультуры «граффити» демонстрируют свое единство посредством использования отличительного стиля одежды, поведения, специфических символов. Именно поэтому изучение одного из вида субкультур («граффити») в качестве одного из этапов обычно предполагает изучение символики, одежды, музыки и других внешних предпочтений и атрибутов поклонников субкультуры, а также способов трактовки тех же символов в доминирующей культуре.

Безусловно, каждая молодежная субкультура в разной форме бросает вызов общественной морали и принятым нормам, и эта «протестность» реализуется в самом широком диапазоне – от эпатажных причесок и пирсинга до смертельных трюков любителей экстремальных видов спорта. В психологии есть понятие «реакция эмансипации» – стремление подростка вырваться из-под опеки и контроля взрослых. В этом возрасте человек ищет опыт самостоятельности, способ отделиться от семьи. Характеризуя базовые детерминанты неформальных инновационных форм культурной деятельности в молодежной среде (включая субкультуру «граффити»), в целом можно выделить следующие причины появления таких форм: вызов обществу, протест; вызов семье, непонимание в семье; нежелание быть как все; желание утвердиться в новой среде; стремление привлечь к себе внимание; неразвитая сфера организации досуга для молодежи в стране; копирование западных структур, течений, культуры; религиозные, идейные убеждения; дань моде; отсутствие цели в жизни.

Эмпирико-прикладной основой исследования стало знакомство с субкультурой «граффити» и базой организаторов, которые принимали участие в проектном конкурсе «Проснись, вдохновение». Наблюдение за деятельностью представителей вышеуказанного неформального направления в искусстве привело нас к выводам относительно широких перспектив и возможностей данного направления в качестве конструктивного инновационного канала трансляции культурно-эстетических и культурно-нравственных ценностей созидательного характера.

До начала реализации проекта был проведён социологический опрос в форме анкетирования среди жителей города Хабаровска и индустриального района (именно в этом районе планировалось нанести рисунки граффити).

По результатам исследования было отмечено, что 80 % жителей Хабаровска были «За» то чтобы к юбилею города (155 лет), были нанесены красочные рисунки в стиле граффити посвящённые городу.

В качестве заключительного компонента нашего исследования мы представили разработку проекта «Проснись, вдохновение», посвященного Дню города Хабаровска. Данный проект широко известен; он уже ранее применялся в разных формах культурных и социокультурных стратегий, мероприятий и программ, однако (при некотором нашем участии) были внесены определенные изменения – применительно к развитию перспектив его дальнейшего применения.

После реализации проекта был проведён повторный опрос. На тему: довольны ли граждане, проживающие на территории города Хабаровска тем, что на улице нанесены рисунки в стиле граффити?

99,9 % ответили, что им очень понравились рисунки, так как они несут в себе яркие эмоции и позитивный характер.

Данный проект был согласован с администрацией города Хабаровска.

БИОЭТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЭКСПЕРИМЕНТОВ НАД ЖИВОТНЫМИ

Д.Д. Голенко, К.С. Заморочко, Л.В. Лихобабина

Научный руководитель: канд. философ. наук, доц. Л.В. Лихобабина
ДВГМУ, г. Хабаровск

«Человечность определяется не по тому, как мы общаемся с людьми, а по тому, как ведем себя с животными. Настанет время, когда человечество будет гуманным к каждому существу, которое дышит» (Дж. Бентам, 1781).

В вопросе необходимости проведения опытов над животными человечество никогда не сможет быть искренним в полной мере. С одной стороны, ни одно из достижений медицины (получение лекарственного препарата, освоение хирургических методов, изучение поведенческих реакций) не осуществилось бы без испытаний на животных. Даже сейчас, в эпоху высоких технологий, мощнейшие компьютеры не способны смоделировать взаимодействие молекул, клеток, органов, тканей, организмов и окружающей среды. С другой стороны, причинение вреда живому существу, даже во благо людей, не может не вызывать угрызений совести. Дебаты на эту тему ведутся уже много столетий, и надо сказать, имеют определенный успех. Нравственные проблемы, связанные с использованием животных в экспериментах, входят в круг вопросов биоэтики и охватывают моральные проблемы отношений человека к диким и домашним животным, возникшие в связи с развитием биотехнологии и биомедицинских исследований.

Но знаем ли мы, что под собой подразумевает слово «протестировано» на упаковке многих товаров бытовой химии? Это принесение жизни

животного во имя человеческой красоты. Многие компании используют в тестировании своей продукции животных. Возникает вопрос – почему нельзя обойтись без таких аморальных действий? Ведь многие опасные для жизни и здоровья компоненты, что тестируются на животных, уже проверены. Более того, разработано множество программ, что проверяют уровень опасности и без смертей бедных существ, живых существ. Многих животных даже легко заменить другими подопытными вещами – тканями и клетками, ведь прогресс даёт такую возможность.

В РФ нет ни одного закона, регламентирующего права животных, но существует специальная нормативная база, согласно которой в письменном виде допускается единственный способ тестирования бытовой химии – посредством опытов и экспериментов над животными! Очень страшно от такой информации, обидно за беспомощных животных.

Нами было проведено исследование среди студентов 1-2-го курсов лечебного и педиатрического факультетов. Результаты получены следующие (данные представлены отдельно для мужчин и женщин).

«Знаете ли вы, что косметические и бытовые средства тестируются на животных?»: да – 77 %/88 %, нет – 19 %/7 %, затрудняюсь ответить – 4 %/5 %.

«Ваше отношение к экспериментам над животными»: положительно – 46 %/80 %, отрицательно – 54 %/20 %.

При покупке косметических и химических средств обращаете ли вы внимание на знак «Не тестировано на животных?»: да – 0 %/11 %, нет – 88 %/82 %, затрудняюсь ответить – 12 %/7 %.

«Нужны ли альтернативные способы исследований?»: да – 77 %/89 %, нет – 23 %/3 %, затрудняюсь ответить – 0 %/8 %.

Вся история человечества неотделима от истории взаимоотношения человека с окружающей живой природой, с дикими и домашними животными. Древний человек не отделял себя от живой природы. Одним из свидетельств этого служат дошедшие до наших дней мифы, охотничьи культы. И хотя человечество еще не скоро будет в состоянии отказаться от опытов над животными, прогресс в сторону гуманизации данных исследований налицо.

СОЦИАЛЬНЫЙ ПРОЕКТ ПРОДВИЖЕНИЯ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ В ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ «ТЕХНОЛОГИЯ ЗДОРОВЬЯ»

А.В. Горбачёв, И.А. Никифоров

Научный руководитель: д-р мед. наук, проф. М.Ф. Рзынкина

ДВГМУ, г. Хабаровск

Проект направлен на формирование в молодежной среде понимания необходимости ведения здорового образа жизни, как наиболее перспективного образа жизни по отношению к продолжительности, качеству жизни и ответственности перед будущими поколениями.

Далеко не секрет, что давно уже назрела проблема ведения значимой частью молодежи нездорового образа жизни, это несет за собой негативные последствия. Но, как показывает практика, организация единичных мероприятий, направленных на продвижение ЗОЖ, малоэффективна, и охватывают малую часть целевой аудитории. Для комплексного решения проблемы, и закрепления долгосрочного результата, мы предлагаем решить проблему, путем создания общей структуры, ячейкой которой станет «Актив здорового образа жизни» в каждой школе, вузе и сузе города и края, а также использования инновационных методик on-line обучения основам здорового образа жизни, технологии распространения информации, технологии выработки и защиты проектов.

Основным методом реализации проекта является авторская разработка – тренинг-курс «Технология Здоровья», а также обучающий on-line курс, выстроенный в автоматизированную последовательную цепочку e-mail рассылки. По окончании тренинг – курса из слушателей создается «Актив здорового образа жизни»

Основным источником привлечения средств в проект является проведение Тренинг – Курса «Технология Здоровья» взрослому населению, а также организация on-line тренинг курсов. Безусловно, реализация проекта в образовательных учреждениях города и края является, и будет являться бесплатным т.к. коммерциализация проекта в этих структурах будет препятствовать развитию проекта, и достижению максимально возможного результата.

Количественные и качественные показатели на 2014 год.

1. В школах деятельность структур охватит 8 100 человек
2. В вузах и сузах деятельность структур охватит более 10 000 человек
3. За счет системного воздействия понимание актуальности здорового образа жизни и применение на практике в школах возрастет до 80-90 %
4. За счет системного воздействия понимание актуальности здорового образа жизни и применение на практике в вузах и сузах возрастет до 60-70 %.

Проект может быть запущен в любом регионе России, масштабирован и адаптирован к любым условиям.

ТЕЛЕСНОСТЬ В КОНТЕКСТЕ БИОЭТИКИ

Н.С. Дикарева, К.А. Булденко

Научный руководитель канд. философ. наук, доц. К.А. Булденко
ДВГМУ, г. Хабаровск

Биоэтика как раздел философского знания прямо или косвенно связана с «философией телесности» (А.Ф. Лосев), а эта проблема сегодня вновь привлекает к себе внимание. Актуальность осознания проблемы тела человека обусловлена возрастающим интересом к биоэтической проблематике здоровья, репродукции, трансплантации, клонирования, эвтаназии, геронтологии сексопатологии, косметологии. На протяжении веков отношение к телесности человека было связано с восхвалением, обожествлением, проклятием, изучением и одухотворением. Философы осмысливали его как «природное тело», «духовное тело», «социальное тело», «культурное тело». В трудах современных отечественных исследователей имеется достаточно полный обзор и классификация различных подходов к изучению телесности человека: социально-культурологический (И.М. Быховская), онтологический (В.Л. Круткин), нравственно-эстетический, интеллектуальный и деятельно-практический (Н.Н. Визитей). Несмотря на многообразие подходов, большинство исследователей едины в том, что тело человека не может рассматриваться лишь как материальный субстрат, обеспечивающий его существование. В феноменологической концепции Э. Гуссерля телом называется лишь то, что конструируется двойным схватыванием, благодаря чему оно воспринимается одновременно и как тело-объект и как тело-субъект. Если мы представим человека, лишённого тактильных ощущений, обладающего только зрением и слухом, то, согласно Гуссерлю, такой «человек» не имеет никаких оснований утверждать, что он обладает телом. Тело есть не «вещь», не «организм», а некий ответ человеку на его тактильные действия во внешний мир. Тело не может пониматься вне этой тактильной направленности. Тело – это диалог с внешним миром, в котором направленность сознания на тактильное ощущение можно понимать как вопрошание субъекта, а конституирование телесности – как ответ. В философском энциклопедическом словаре тело определяется как название материальной протяженности вещи, как чего-то объективно физического; неточное название материального носителя жизни организма (организма человека). Приводится отдельное понятие «живое тело» – одушевленное тело человека и животного. В истории философской мысли имеют место как подчеркивание примата телесного бытия человека, так и полное пренебрежение телом во имя духовности. После смерти человека его тело

продолжает существовать как физический объект, «организм человека или животного в его внешних, физических формах». Организм при этом – «живое целое, обладающее совокупностью свойств, отличающих его от неживой материи». Организмом как «живым целым» тело является при жизни человека. После смерти к нему применимо другое определение – «отдельный предмет в пространстве, а также как часть пространства...». Отношение к человеческому телу после смерти всегда связано с уважительным отношением, что должно проявляться и в различных медицинских манипуляциях с телом умершего. В медицине как науке тело в основном рассматривается как биологический организм с его расстройствами и методами лечения. Биологический организм и тело – разные понятия. Научная медицина, как правило, использует синкретичное представление о теле, где механически смешиваются научные философские, мифологические и механические представления. Статус биоэтики как философской дисциплины обязывает рассматривать тело в его сущности. Для конкретной науки совершенно неважно, что есть тело в своей сущности, ей важно знать, что нужно делать, чтобы достичь того или иного результата, и ее вполне устраивает язык физиологии, психологии, биохимии, биологии и т. д. Телесность, связанная с решением проблем жизни, смерти, здоровья, болезни, качества жизни умирающего больного и достойного ухода из жизни страдающего человека напрямую связаны с мощным вторжением современной техногенной цивилизации в «пространство» и «время» медицины. Философская рефлексия в отличие от естественнонаучного взгляда, отличается тем, что исследуется не столько то, как тело функционирует, сколько то, что оно есть по своей природе. В своей жизни мы воспринимаем тело не как совокупность анатомических органов или клеток организма, но как выражение той или иной личности. Философия позволяет человеку говорить о сиюминутном на языке всеобщего. Любая философская позиция обладает огромной ценностью, поскольку выражает личный опыт, а вместе с этим и опыт человечества, и внутренний жизненный мир человека. Внимательное отношение к проблеме телесности в современной науке обусловило возникновение таких понятий как «медикализованное» тело, «технологизированное» тело, «социально-дисциплинированное» тело, «исчезающее естественное» тело, тело «потребительской культуры» и даже «паникующее» под натиском цивилизации тело. Для медицины базовой формой тела является труп – исходный источник объективных медицинских знаний о болезни, которая благодаря разворачиванию дискурса патологической анатомии трактуется как аномальная форма жизни. Открывается перспектива осмысления человека в рамках современных форм медицинской рациональности телесности: не только как модели клинического тела, но и модели тела-биопоэмы. Тело как биопоэма выступает особой модульной конструкцией: ее отдельные элементы могут заменяться органами донора, про-

тезами, трансплантатами, что говорит о возрастающем интересе к проблеме осмысления телесности современной гуманитаристике.

**СОЦИОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ЗНАЧЕНИЯ,
ПОПУЛЯРНОСТИ И ОТНОШЕНИЯ ЛЮДЕЙ
К ПАСТАФАРИАНСТВУ КАК АЛЬТЕРНАТИВЕ
РЕЛИГИОЗНОЙ САМОРЕАЛИЗАЦИИ ЛИЧНОСТИ**

М.А. Жуков

Научный руководитель: канд. культур. наук О.А. Бортнюк
ДВГМУ, г. Хабаровск

С древнейших времен религия присуща человеческому обществу и охватывает до настоящего времени большую часть населения планеты. Человек всегда находил в религии ответы на разные вопросы, утешение, веру, спасение. Каждая религия содержит определенные знания, которые не могут быть проверены или опровергнуты с позиции другой религии, а также с позиций научного (нерелигиозного) знания или здравого смысла.

У каждой религии есть своя определенная концепция, объект веры. У разных религий – разное толкование таких понятий, как: добро и зло, нравственность, цели и смысл жизни. Во всех религиях во все времена было нечто общее – это обращенность сознания человека на инобытие, на мистическое происхождение мира. Через религию сознание человека отражает реальность и приукрашает ее. Религия выстраивает картину мира образами сверхбытия через представления (вероучения, священные тексты) и эмоции (благоговение и любовь, страх и трепет). Все это составляет религиозный культ или религиозную систему. В эволюции религии был пройден путь от архаики (магия, анимизм, шаманизм) до мировых религий с их объемными священными писаниями и учениями, сложными институтами и иерархией профессиональных служителей.

Новые религиозные культы возникают и в настоящее время. Как, например, пастафарианство. Это пародийная религия, основанная интернет-блогером Бобби Хендерсоном в 2005 году в знак протеста против решения департамента образования штата Канзас, требующего ввести в школьный курс концепцию «Разумного замысла» как альтернативу эволюционному учению. Эта новейшая концепция нашла своих почитателей и последователей, в основном являющихся атеистами и агностиками. В настоящее время, пастафарианство имеет официальный статус и существует на тех же правах, как и мировые религии (Христианство, Ислам, Буддизм). В России также существует и активно развивается эта необычная форма проявления религиозных чувств, находя себе адептов, как правило, среди молодежи. Но, в то же время, многие выступают против, считая это издевательством над религией и чувствами верующих людей. Меня это не оставило равно-

душным, и я решил провести собственное исследование об отношении людей к этой новой религии. Я провел тестирование-анкетирование среди студентов ДВГМУ, в котором приняли участие лица от 17 до 27 лет, учащиеся на разных факультетах и принадлежащие к разным вероисповеданиям. Всего было опрошено 175 студентов, из них: девушек – 128, мужчин – 47 человек.

Суть анкетирования заключалась в определении популярности данной религии, отношения людей к ней и к получению ею официального статуса, а также в выявлении действия на религиозные чувства. В результате анализа данных опроса, я получил результаты, где мнения разделились на несколько фронтов. Первый вопрос анкеты был следующим: «Знаете ли Вы, что такое «Пастафарианство и церковь Летающего Макаронного Монстра»? 48,6 % знают об этой нетрадиционной религиозной практике, 51,4 % либо слышали, но затрудняются ответить, либо не знают об этом ничего. Второй вопрос «Как вы относитесь к этой новой религии?»: положительно – 9,14 %, отрицательно – 17,7 %, нейтрально – 73,16 % респондентов. По третьему вопросу «Как Вы относитесь к тому, что эта религия приняла официальный статус?» были получены следующие результаты: положительно – 9,7 %, отрицательно – 30,8 %, нейтрально – 59,5 % опрашиваемых. В последнем вопросе выяснялось, оскорбляет ли эта религия религиозные чувства респондента, наблюдался перевес в сторону толерантности: «да, оскорбляет» – 5,7 %, «не оскорбляет» – 74,85 %, «затрудняюсь ответить» – 19,45 %.

В одном из вопросов анкеты содержалось предложение уточнить свое религиозное вероисповедание. Подавляющее большинство респондентов относит себя к православию. Многие совсем не задумываются о религии либо атеисты. Католиков среди опрашиваемых студентов оказалось 5 человек, мусульман – 4, буддистов – 3, синтоист – 1. В некоторых ответах содержалась доля юмора. Так, один респондент указал на принадлежность к «религии» Виноградного Велосипеда (Интернет-игра), другой отнес себя к растафарианству (официально легализованная и популярная на Ямайке религия, в ритуал которой включено «духовное» потребление каннабиса).

Следует отметить, что информация по новому виду религиозного самовыражения была представлена мной в виде доклада и устного выступления на семинарском занятии по философии и на внутривузовской конференции. Слушатели отнеслись к заявленной теме по-разному: с юмором, критично, многие проявляли интерес. Диспут, возникший после доклада, показал, что молодое поколение относит данное явление к новому варианту религиозного «треша» и высказывается за его временный характер. Молодое поколение рассматривает пастафарианство и его ритуальные практики как мировоззренческую оппозицию. Данная религиозная концепция в большей степени популярна среди молодежных субкультур и является, по

сути, одним из способов индивидуального и общественного самовыражения.

Таким образом, наличие свободы самовыражения предполагает возможность альтернативных по отношению к культурной традиции действий.

В ПЛЕНУ У ЧУМЫ XXI ВЕКА: ИЗГОЙ И ОБЩЕСТВО

А.Д. Захарова

Научный руководитель: С.М. Копытин

ДВГМУ, г. Хабаровск

Что мы думаем о ВИЧ-инфицированном человеке? Каковы нравственно-этические основания нашего отношения к такому человеку? Эта проблема биоэтики не может не затрагивать врача и фармацевта – специалистов, профессиональный долг которых – сотрудничество с данной категорией пациентов и клиентов. Эта проблема профессиональной коммуникации отражена в литературе и искусстве, особенно в зарубежном кино. Мною был просмотрен фильм «Филадельфия» режиссера Джонатана Делли. Идея фильма заключается в освещении отношения общества к больным СПИДом. По сюжету этого фильма главный герой (болен СПИДом) лишается должности из-за деловой некомпетентности (перед судебным процессом теряется таинственным образом важный документ и также таинственно появляется перед началом суда). Но у главного героя есть основания полагать, что он был подставлен своим начальством, которое дискриминировало гомосексуалистов. И главному герою, которого общество «извергло» и избегает, а с работы его просто-напросто «вышвырнули», ничего не остается, как только бороться за свои права. За помощью он обращается к адвокату, но лишь десятый по счету человек, которого он просит о профессиональной помощи, решается заняться этим делом. Судебный процесс занимает длительное время. Чтобы отстоять свои права, главному герою приходится отвечать на вопросы интимного характера, задаваемые адвокатами. Ответчик (начальство) придумывает различные истории, личные оскорбления к истцу (главному герою), дабы выиграть процесс.

Главный герой одерживает победу в суде, но это стоит ему жизни: он умирает из-за прогрессирующей болезни.

Существуют несколько документальных статей о правах больных СПИДом. Содержание статей сводится к тому, что данных больных приравнивают к недееспособным гражданам. И, хотя они имеют равные права и обязанности и не дискриминируются обществом по причине своей особенной болезни, общество полагает, что данная болезнь не излечивается и заканчивается психической и физической смертью. К сожалению, следует отметить тот факт, что наше общество не может не избегать больных

СПИДом. На мой взгляд, одна из причин заключена в том, что обычные обыватели мало знают о данном заболевании, о путях его передачи, о способах лечения и о течении самой болезни.

Недостаточно данная проблема освещается для широкой аудитории. В связи с этим появилась «СПИДОФОБИЯ». Больных всячески избегали, их панически боялись. Но с развитием медицины отношение к ВИЧ инфицированным изменилось в лучшую сторону. Для них создают реабилитационные центры, их всячески поддерживают и помогают. Но как бы все это не было замечательно, больным очень трудно существовать в социуме.

СПИД называют «чумой XXI века», «неизлечимой болезнью», «ласковым убийцей». Каждый здравомыслящий человек оберегает себя от этого страшного заболевания: избегает возможных путей передачи, ведет здоровый образ жизни. А также он избегает больных СПИДом... Это как естественная защитная реакция, инстинкт самовывживания.

Осуждая других за боязнь и желание избегать ВИЧ-больных, следует задать себе вопрос: «А смогу ли я находиться с ВИЧ-инфицированным в одной комнате? Смогу ли пожать руку больному СПИДом?»...

САМООЦЕНКА СТУДЕНТАМИ СВОЕГО ЗДОРОВЬЯ И СОЦИАЛЬНО-ГИГИЕНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ФОРМИРОВАНИЯ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ

Е.В. Зеленская, О.В. Лемещенко, Н.В. Садко

Научный руководитель: канд. мед. наук, доц. Н.В. Садко
ДВГМУ, г. Хабаровск

Актуальность. Самооценка человеком своего физического и психического состояния и социального благополучия является одним из показателей отношения индивидуума к здоровью и основой самосохранительного поведения. В условиях социальной и экономической нестабильности общества и в связи с переменой места проживания, обучения, с формированием новых поведенческих реакций и нагрузок студенческая молодежь подвергается воздействию окружающей среды как природного, так и антропогенного характера и не всегда может адаптироваться к этим условиям. При этом, студенты уделяют мало времени и прилагают недостаточно усилий по сохранению собственного здоровья, причем, это касается не только создания соответствующих социально-гигиенических условий для нормального труда и отдыха, но и мотивации к здоровьесохраняющему поведению. В связи с этим становится актуальной проблема охраны здоровья студенческой молодежи, причем, с формированием концептуального подхода и комплексного межведомственного участия структур, заинтересованных в сохранении их здоровья.

Цель исследования: проанализировать отношение студентов к своему здоровью и тенденции формирования здоровьесохраняющего поведения.

Материалы и методы. При проведении исследования использовались стандартизованные анкеты, включающие в себя 100 вопросов касательно образа жизни и состояния здоровья респондентов. В роли респондентов выступали студенты медицинского вуза 1-3-го курсов (100 человек). Для анализа и оценки результатов использовались информационно-аналитический и статистический методы, а также метод сравнительного анализа. Обработка данных проводилась в пакете MS Office при применении программ SPSS 16.0 и Statistica 6.0.

Результаты и обсуждение. Среди респондентов преобладали лица женского пола (58,0 %). Средний возраст опрошенных составил $18,2 \pm 0,9$ года. Одним из регуляторов самосохранительного поведения является самооценка человеком своего физического и психического состояния. По результатам проведенного анкетирования $74,0 \pm 4,4$ % студентов оценили свое здоровье как отличное либо хорошее, а $18,0 \pm 3,8$ % признают, что не принимают все необходимые меры для его укрепления и сохранения. За медицинской помощью, в случае заболевания, сразу обращается лишь половина ($48,0 \pm 5,0$ %), остальные же сначала предпочитают заниматься самолечением или же воспользоваться советами знакомых и родственников. Только $35,0 \pm 4,8$ % посещают врача (в том числе, стоматолога) с профилактической целью.

Здоровый образ жизни, по сути, складывается из ряда составляющих - это и режим дня, включающий, прежде всего, характер питания, режим сна и двигательной активности, использование свободного времени; и отношение к употреблению психоактивных веществ; и установка на самосохранительное поведение.

Нарушение режима сна у респондентов проявляется, большей частью, в виде снижения его продолжительности – до полуночи спать ложатся только $25,0 \pm 4,3$ %, а $46,0 \pm 5,0$ % спят меньше 6 часов. Кроме того, между продолжительностью сна и уровнями заболеваемости и успеваемости определена прямая средняя связь ($r_{xy}=0,56$ и $r_{xy}=0,63$ соответственно).

Половина студентов ($42,0 \pm 4,9$ %) признают, что питаются нерегулярно, к тому же, каждый десятый респондент вообще не употребляет жидкую пищу, а треть опрошенных ($33,0 \pm 4,7$ %) едят горячее не чаще одного раза в сутки. В рационе же студентов преобладают мучная и жирная пища ($70,0 \pm 4,6$ %). Между характером питания и состоянием здоровья студентов (наличие в анамнезе заболеваний желудочно-кишечного тракта и т. п.) определена сильная связь ($r_{xy}=0,81$).

Что касается режима труда и отдыха, $67,0 \pm 4,7$ % отводят на прогулки не более 2 часов в день, причем почти все это время занимает дорога до места учебы и обратно. Физической культурой и спортом занимается систематически $50,0 \pm 5,0$ %, а $10,0 \pm 3,0$ % не делают даже утреннюю зарядку.

Кроме того, определена прямая средняя связь между уровнем физической подготовки и состоянием здоровья ($r_{xy}=0,61$).

Здоровье, являясь качественной характеристикой личности, относится к высшим жизненным ценностям и осознание этого лежит в основе формирования самосохранительного поведения. В общей структуре ценностей студентов 1-3-го курсов медицинского университета здоровье занимает 4 позицию, уступая семье и материальным благам (собственное жилье, высокооплачиваемая работа).

Выводы

В настоящее время ответственности человека за свое здоровье отводится значимая роль, так как большое количество субъективных факторов, на него влияющих, возможно устранить. Осуществление мероприятий по оздоровлению условий труда и жизни студентов и по социально-гигиеническому воспитанию (в части формирования установок на здоровьесохраняющее поведение) в дальнейшем положительно отразится на качестве обучения и дальнейшей их профессиональной деятельности.

АУТИЗМ – БОЛЬШОЙ МИР В МАЛЕНЬКОМ ЧЕЛОВЕКЕ. ПРОБЛЕМА ДИАГНОСТИКИ АУТИЗМА В РОССИИ

Э.Э. Казарян, Л.В. Лихобабина

Научный руководитель: канд. философ. наук, доц. Л.В. Лихобабина
ДВГМУ, г. Хабаровск

Проблема аутизма все чаще звучит в СМИ, о ней ведутся дискуссии, публикуются статьи, снимаются телепередачи. Но чем именно отличается человек с данным диагнозом от обычного? Кто и как прогнозирует данное заболевание, и какова дальнейшая судьба человека?

Аутизм – заболевание, характеризующееся выраженным дефицитом социального взаимодействия и общения, ограниченными интересами и повторяющимися действиями. В результате человек не получает полного представления об окружающем мире, видит его по-своему. Дети-аутисты испытывают трудности с «пониманием» своего тела и собственных ощущений. Аутистам присущ тот или иной вид нарушений речевой коммуникации, хотя функция самого произношения слов и семантика речи может и не быть нарушена. Слуховое восприятие тоже искажено, ребенок может не откликаться на собственное имя, каждый раз по-новому реагирует на тот или иной звук. Попадая в незнакомую обстановку, малыш теряется, возникает страх неизвестности, который будет сопровождать его всю жизнь. Именно поэтому «особые люди» живут по своему личному графику и не приемлют перемен. Они достаточно послушны, потому что им проще, когда есть человек, контролирующий их жизнь.

До сих пор самым достоверным способом диагностики аутизма остается наблюдение за поведением человека, которое проводится командой специально обученных людей, прошедших подготовку по диагностике аутистических расстройств. Аутизм можно диагностировать до трех лет, большая исследовательская работа направлена на то, чтобы определить его как можно раньше. Один из самых бессмысленных и напрасных поступков – направлять ребенка в психиатрический стационар для диагностики аутизма. Трехмесячное пребывание малыша в больнице только ухудшит состояние психики ребенка, но не даст большей информации, чем наблюдение в течение нескольких часов у специалиста. В 1974 году родителями детей, страдающих аутизмом, в Израиле было организовано общество АЛУТ (национальное общество для детей-аутистов). Причиной создания послужило отсутствие систем для реабилитации, ухода, воспитания «особых детей». По сей день АЛУТ помогает детям и их семьям жить с данным заболеванием, как обычный человек, и защищает их права.

Что касается нашей страны, то положение людей-аутистов катастрофическое. Их существование в принципе не признается ни властями, ни медицинским обществом. Официально у нас даже диагноза «аутизм» нет. Формально, при выявлении соответствующих симптомов, в истории болезни ребенка пишут «ранний детский аутизм», на деле под данным диагнозом в российской практике понимается детская шизофрения. После определения «лжедиагноза» идет, соответственно, неправильная методика лечения, отношение к аутистам, как к тяжело психически больным людям, применение нейролептиков и психотропных препаратов, закрытые спецшколы, психоневрологические диспансеры и интернаты. По достижении 18 лет диагноз «детский аутизм» автоматически переходит в «полноценную» шизофрению. Итог – полная инвалидность, недееспособность, ранняя смерть, разбитые и покалеченные семьи. Если ребенок остался без родителей, жизнь для него заканчивается в «сумасшедшем доме». При таком государственном подходе положение для аутистов оставалось критичным, если бы не Интернет. Благодаря социальным сетям, родители «особых детей» могут получить специализированную помощь, обмениваться опытом, знакомиться с наработанными методиками и практиками.

Сегодня в Москве существует около 100 инклюзивных школ, но лишь несколько из данных образовательных учреждений организуют «спецклассы», куда отправляют особо трудных детей. Инклюзивное образование требует дополнительной подготовки школьного персонала, подготовки и сертификации специалистов по поведенческому анализу (Applied behavior analysis, АВА – РАПСИ). В мире АВА является одним из важнейших условий инклюзивного образования и адаптации аутистов; у нас в образовании психологов и дефектологов эта дисциплина отсутствует.

В настоящее время больше половины детей с аутичной симптоматикой находятся вне поля зрения медицинских органов. Чтобы не рисковать

жизнью своих детей, родители не обращаются к официальной психиатрии. Трагедия в том, что врачи, педагоги, психологи не изучают методику диагностики аутизма, нет официально утвержденных методик и рекомендаций, единой согласованной позиции.

В Дальневосточном детском доме-интернате для умственно-отсталых детей в пос. Екатериновка учат жизни «особых детей». Как медико-социальное учреждение он предназначен для постоянного проживания детей-инвалидов с детства в возрасте от 4 до 18 лет, нуждающихся в уходе, бытовом и медико-социальном обслуживании, реабилитационных услугах, обучении, воспитании, социально-трудовой адаптации.

Аутизм как явление находится на стыке разных областей. Реабилитация аутистов – это целый комплекс мер, в том числе и социальных, в которых задействованы педиатры, психологи, дефектологи и врачи узкой специализации. Люди с диагнозом аутизм – члены общества и должны жить полноценной жизнью. И именно мы должны помочь нуждающемуся в трудный час, иначе – в чем смысл быть человеком?

СУРРОГАТНОЕ МАТЕРИНСТВО: ВЫ МОЖЕТЕ ИМЕТЬ ДЕТЕЙ!

К.А. Кидрачева

Научный руководитель: канд. культур. наук О.А. Бортнюк

ДВГМУ, г. Хабаровск

Сегодня многие боятся и избегают термина «суррогатное материнство». Возможно, это связано с незнанием истинных фактов об этой технологии, личной незаинтересованностью, страхом. Выражение «суррогатное материнство» звучит как-то не очень привлекательно, согласитесь? Невольно приходит в голову знаменитое слово «суррогат» что значит поддельный, неполноценный заменитель чего-либо. Возможно, поэтому многие не принимают это понятие из-за подсознательного отвращения, страха, считая суррогатное материнство второсортным. Но это настоящий прорыв в науке, позволивший быть счастливым каждому, иметь ребенка и почувствовать себя родителем, раскрасить мир в яркие краски, ощущать себя таким же, как все, не быть ущемленным в обществе.

В России первая суррогатная программа была реализована в 1995 г. в центре ЭКО при Санкт-Петербургском институте акушерства и гинекологии им. Д.О. Отта РАМН. Одной из первых пациенток центра стала молодая женщина, собственный ребенок которой, появившийся на свет при помощи кесарева сечения, умер на следующий день после родов, а самой роженице пришлось удалить матку. Сегодня суррогатную маму можно найти даже через интернет: теме посвящается много сайтов.

Противники суррогатного материнства опасаются порочной практики превращения детей в подобие товара, ситуаций, когда богатые люди смогут нанимать женщин для вынашивания своих потомков. Существуют также обоснованные опасения, что некоторых суррогатных матерей может психологически травмировать необходимость отдать ребенка, ставшего «своим» после беременности и родов. Сторонники использования суррогатного материнства возражают, что для семьи, бездетной из-за неспособности жены зачать или выносить плод, это единственный способ получить ребенка, который будет генетически родным для обоих супругов. Они указывают, что эта процедура не сильно отличается от усыновления, и это не коммерциализация деторождения, а глубоко человеческий акт любви и сотрудничества, и не является формой эксплуатации женщин.

По данному вопросу ведутся дискуссии. Но если задуматься, ведь действительно, бесплодие – приговор для многих супружеских пар, одна из причин разводов. А суррогатное материнство – шанс спасти молодую ячейку общества и повысить демографический уровень страны. К тому же заболевания женской половой системы «молодеют», и в случае каких-либо патологий семья может иметь генетически своего здорового малыша.

31 октября 2013 года мною было проведено мини-исследование среди студентов 3-го курса стоматологического факультета ДВГМУ. Цель: выявить информированность в данной области и личное отношение к суррогатному материнству. Была предложена анкета с 10 вопросами, проанкетировано 51 человек 19-20 лет (19 парней и 32 девушки). Все опрошенные знали значение термина, 17 человек относились к нему положительно, 12 – отрицательно, 22 – безразлично. Такое количество «безразличных», возможно, свидетельствует о недостаточной осведомленности и юном возрасте. 28 человек верно ответили на вопрос о законности суррогатного материнства в России: его регламентируют следующие законодательные акты и нормативные документы: Семейный Кодекс РФ, ст. 51-52; Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»; Закон «Об актах гражданского состояния» от 15.11.97. № 143-ФЗ, ст. 16. Следует отметить, что услугами суррогатного материнства может воспользоваться не только супружеская пара, как ответили 10 опрошенных, но и одинокий родитель, причем независимо от его материального положения – так считают 25 респондентов. По мнению 30 человек из 51 – суррогатное материнство опасно для здоровья, морали и нравственности, а остальные 21, напротив, считают это абсолютно безвредным. Это и подтверждает вышесказанное о сторонниках и противниках технологии.

На вопрос «Как бы вы отнеслись к тому, что вы ребенок от суррогатной матери?» 23 из 51 ответили, что им это не важно, и главное – кто воспитал, 10 – отметили крайне негативное отношение (даже думать об этом

не хотят), 5 – затруднились ответить. Возможно, такие ответы связаны с личным отношением к родителям и климатом в семье.

Нет ничего унижительного и постыдного, если здоровая женщина за определенную плату выносит ребенка другой семье, чем сделает ее счастливой. Ведь в словосочетании «суррогатное материнство» главным словом является материнство, а это счастье и радость. К тому же ребенок будет похож на родителей, что немаловажно: ценные гены будут переданы потомкам, а не оборвутся в силу проблем со здоровьем. Это выход для многих знаменитых спортсменов, которые не хотят уходить из спорта для рождения детей, потому что спорт – их жизнь и воздух, но все мы люди, и биологическая потребность в семье остается. Это возможность сохранить карьеру и фигуру. Однако суррогатное материнство – серьезный шаг: не игра в куклы или машинки, но ответственное решение, которое нужно осознавать. На сегодняшний день все больше людей узнает и прибегает к услугам суррогатного материнства. Яркий пример – известные звезды: Сара Джессика Паркер, Николь Кидман, Элтон Джон, Майкл Джексон, Криштиану Роналду, Рики Мартин, Алена Апина, Филипп Киркоров, Алла Пугачева. Если решиться на данную технологию, то родится счастье, возможно в двойном размере. Таким образом, теперь и вы можете иметь детей!

ГЛОБАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ СОВРЕМЕННОЙ ЭКОНОМИЧЕСКОЙ ЦИВИЛИЗАЦИИ

С.И. Колесникович, О.Г. Толканева

Научный руководитель: О.Г. Толканева

ДВГМУ, г. Хабаровск

Мировой экономический порядок длительное время воспринимался как сложный, хрупкий баланс различных сил и течений, неустойчивое равновесие центробежных и центростремительных тенденций. Но в последние десятилетия хозяйство в масштабе планеты всё более предстаёт как неделимый, целостный организм с формирующимся единым механизмом функционирования, в котором увеличивается взаимосвязь и взаимозависимость общих и локальных, глобальных и национальных интересов. Сложность и острота экономических проблем мирового хозяйства обуславливает актуальность темы.

Глобальными (франц. global – всеобщий, от лат. globus (terrae) – земной шар) называют проблемы, которые охватывают весь мир, все человечество, создают угрозу для его настоящего и будущего и требуют для своего решения объединенных усилий, совместных действий всех государств и народов. Большинство глобальных проблем имеет исторический

характер и тесно связано с поступательным развитием общества.

По нашему мнению проблема может быть отнесена к разряду общемировых проблем, если она: проявляется как объективный фактор развития общества; затрагивает интересы всего человечества; представляет собой угрозу для будущего человечества; угрожает регрессом в дальнейшем развитии производительных сил; требует для своего решения совместных усилий человечества.

Предложенные критерии позволяют к числу глобальных проблем отнести следующие: демографические сдвиги, продовольственную безопасность, энергообеспечение, «экологический стресс», проблему военного конфликта с применением ядерного и иных видов массового уничтожения, растущий разрыв в уровне социально-экономического развития между странами. Все глобальные проблемы тесно взаимосвязаны.

На современном этапе развития глобальной экономики динамика глобальных проблем двойственна (Ермушко Ж.А., соавт., 2009). С одной стороны, происходит увеличение числа и возрастает острота глобальных проблем. Основная группа факторов, усиливающих глобальные противоречия, обусловлена проблемами развитых стран и прежде всего – США. Современный мировой финансово-экономический кризис поставил под сомнение конкурентоспособность экономики США.

Определенные риски для глобальной экономики возникают и в Европе. Прежде всего, здесь следует назвать безработицу. Существует и целый ряд дополнительных факторов, характеризующих нынешний этап обострения противоречий в рамках экономической глобализации. Главный из этих факторов – бурное развитие крупнейших экономик Азии – Китая и Индии. Следствием количественного роста китайской и индийской экономик стало качественное изменение положения этих стран в мировом сообществе, что в свою очередь неизбежно влечет за собой кардинальное изменение расстановки сил в глобальном экономическом мире.

С другой стороны, происходит уменьшение числа глобальных проблем. Развитие научно-технических знаний, прогресс производства, развитие международного сотрудничества будут способствовать смягчению и частичному разрешению некоторых существующих глобальных проблем.

Однако, по нашему мнению, в настоящее время идёт однозначный процесс не только роста числа глобальных проблем, но и их углубления и обострения. К основным источникам обострения глобальных проблем с нашей точки зрения можно отнести следующие:

- стихийное или недостаточно сознательное присвоение человеком богатств природы — в ходе материального производства происходит разрушение важнейших экологических взаимосвязей, наносится необратимый ущерб окружающей среде;

- противоречия в общественной жизни – экономические, социальные противоречия, которые обеспечивают смену фаз исторического развития и

во многом обуславливают формирование господствующего отношения человека к окружающей среде;

– динамика демографических процессов – непрерывный рост численности населения. Одновременно идет процесс урбанизации: по прогнозам ООН к 2025 г. 75 % жителей планеты будут жить в городах. Причем в развивающихся странах будут проживать 85 % населения Земли, что повлечет за собой существенные геополитические, расово-этнические и иные последствия. Для отдельных стран, в том числе России, рост численности населения является желанной перспективой социального развития. Однако в целом для мировой цивилизации данный феномен – один из главных источников глобальных опасностей, так как приводит к усилению дифференциации уровня и качества жизни не только между развивающимися и развитыми странами, но как между самими развивающимися странами, так и внутри каждой из них;

- активность самой природы (одной из форм такой активности являются катастрофы природного и социоприродного происхождения).

Обострение общих для всего человечества глобальных проблем усиливает рост сознания необходимости согласованных действий по их решению. Обществу необходимо как можно быстрее приблизиться к той фазе своего развития, где оно будет способно поддерживать в гармонии и равновесии с природой свои экономические завоевания, сглаживать противоречия в мировом хозяйстве.

**ОЦЕНКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ
СИСТЕМЫ ПРИ ФИЗИЧЕСКИХ НАГРУЗКАХ
У СТУДЕНТОВ 3-ГО КУРСА ЛЕЧЕБНОГО ФАКУЛЬТЕТА
РАЗНЫХ ГРУПП ЗДОРОВЬЯ**

Д.Ю. Костенко, Т.И. Коржева

Научный руководитель: Т.И. Коржева

ДВГМУ, г. Хабаровск

В настоящее время заболеваемость сердечно-сосудистой патологией по данным ВОЗ последних лет стоит на 2-м месте, смертность – на 1-м. Своевременное начало занятий физической культурой помогает предотвратить данные заболевания. Но при уже начавшихся нарушениях данной системы необходимо применение специальных (адекватных) программ упражнений. Следовательно, развитие методик определения патологий в данной органоспецифической системе имеет первостепенное значение.

По рекомендациям спортивной медицины и гигиены физического развития необходимо выделять группы основной, специальной физической подготовки, а также группу освобождённых от физических нагрузок.

В данном исследовании мы поставили цель – выявление изменений и анализ показателей ССС у студентов 3-го курса лечебного факультета в основной, специальной и введённой спортивной (лица посещающие тренировки баскетболом – непрерывно, 3 раза в неделю, не менее 2 лет) групп.

Исследуемые студенты были выбраны по возрастному критерию – 1993 года рождения, по объективному статусу здоровья (принадлежность к группе физподготовки). Объём выборки составил по 5 человек из 3 групп.

К обследуемым применялись методики: проба Мартине в модификации Кучкина (оценка прироста ЧСС после физической нагрузки), оценка уровня физического состояния по уравнению регрессии Пироговой (сопряженность величины ЧСС в покое с уровнем физической работоспособности), определение энергетической стоимости занятия (корреляция показателя ЧСС с энергозатратами организма). При соблюдении условий исследований – проведение не менее чем через 2 часа после еды и не менее чем через 45 минут после приёма воды, с учётом субъективного состояния (самочувствия) исследуемых; данные были собраны и обработаны.

Результаты, полученные по методике пробы Мартине (модификация) и из уравнения Пироговой были подвергнуты статистическому анализу. При сравнении показателей 3 групп в 2 исследованиях, по методу Краскела–Уоллеса выявлено, что все 3 группы достоверно ($p < 0,01$) различаются между собой. Учитывая, что показатели энергетической стоимости занятия строго соответствуют показателям ЧСС – их можно считать априорно достоверными.

Итогом исследования следует считать выявление достоверной корреляции между состоянием показателей сердечно-сосудистой системы у выборки из групп физического здоровья с нормативами физической активности в этих группах. По результатам можно заключить, что от специальной группы к спортивной возрастает не только физическая выносливость, но и устойчивость к гипоксии. Достоверно определено выраженное уменьшение времени восстановления показателей ССС (косвенно, – сочетанных с ними показателей дыхательной и нервной систем) после физической нагрузки у спортивной группы. В результате можно заключить, достоверно ($p < 0,01$) более выраженную оптимизацию показателей ССС у студентов в спортивной группе по сравнению с основной. Всё вышесказанное позволяет обосновать значительную роль занятий баскетболом в профилактике заболеваний сердечно – сосудистой системы. Особый интерес представляет анализ совокупности особых двигательных актов, присущих только спортивной дисциплине баскетбол; в перспективе возможно проведение исследования направленного на определение точек приложения специфического законченного движения (приём, характерный для данного вида спорта) на показатель (показатели) не только сердечно-сосудистой, но и других систем.

Более того, на наш взгляд определён минимально-необходимый комплекс методик, позволяющих достоверно определить состояние взаимодействия ключевых показателей сердечно-сосудистой системы, как между собой, так и с другими показателями гомеостаза. Причём методики построены таким образом, что оценка производится, как в покое, так и после физической нагрузки – это позволяет учитывать изменения в динамике. Оригинальная комбинация методик позволяют осуществлять оценку состояния ССС одновременно (плановые медицинские и профессиональные осмотры и т. д.) или на протяжении (регулярные осмотры спортивных команд и т. д.), что отражает «гибкость» методик без потери достоверности.

Всё вышесказанное позволяет считать данный комплекс методик эффективным для оценки состояния сердечно – сосудистой системы, и оправданным в применении только к студентам в ВУЗах, но и ко всем лицам трудоспособного возраста.

В последующем мы предполагаем дальнейшее проведение исследования с целью детализации характера воздействий баскетбола, как совокупности специфических движений, которые влияют на показатели ССС. Причём ставится цель – рассмотреть не только совокупность физических упражнений, а конкретизировать связь каждого выполняемого (циклически в занятии) движения и показателя работы сердечно-сосудистой системы и, возможно, смежнодействующих систем.

ВЛИЯНИЕ РАЗВИТИЯ ОБЩЕСТВА НА ВРАЧЕБНУЮ КЛЯТВУ

К.В. Кривошеев, К.А. Булденко

Научный руководитель канд. философ. наук, доц. К.А. Булденко

ДВГМУ, г. Хабаровск

В античной «Клятве Гиппократата» были сформулированы профессиональные требования к врачу. В средневековые «Клятвы» не вспоминалась, так как в строгую христианскую эпоху её пришлось бы приносить именам греческих богов. По мере развития науки, созданию первых университетов в Европе, выпускники медицинских факультетов вновь стали приносить клятву.

В России императорским указом 1845 года был утверждён Врачебный Устав, постановлявший, что получивший учено-практическую медицинскую степень обязан торжественно дать и подписать «Факультетское обещание». Эта традиция сохранялась вплоть до 1917 года. Характерным для «Факультетского обещания» было «обещание в течение всей своей жизни не помрачать чести сословия». При этом об интересах пациента упоминалось лишь в том смысле, что «польза больному» выше взаимоуважения коллег. Такое особое внимание отношениям «среди своих» обуславлива-

лось сословной политикой Российской империи. Особенно выделялись слова: «Обещаю не заниматься приготовлением и продажей тайных средств». Это оправдано, поскольку 19 столетие – век расцвета частной врачебной практики, а под «тайными средствами» подразумевались преувеличения сведений о полезности своих лекарств.

После прихода советской власти, борьбы с сословной политикой и классовым неравенством, врачебное сословие оказалось в опале. В советской медицине основными направлениями стали бескорыстное служение трудовому народу, а также, из-за возросшего числа эпидемий, профилактика заболеваний. Однако вопросы врачебной этики также поднимались. Например, известна работа «Об облике советского врача» (Семашко Н.А., 1954), в которой поднимались основные вопросы этики и деонтологии.

Возрождение клятвенной традиции произошло Указом Президиума Верховного Совета СССР от 26 марта 1971 года об утверждении «Присяги советского врача». Само слово «присяга», вместо привычного «клятва», подчёркивало, что человек заступает на ответственную службу. Согласно закону «Присяга» произносилась стоя и завершалась гимном СССР и гимном союзной республики. Текст присяги подписывался лицом, её принесящим, после чего она хранилась в его личном деле, а копия в дипломе. В «Присяге» определялась стратегия советского медика по профилактике болезней, цель врача в СССР – «добросовестно трудиться там, где этого требуют интересы общества». Через общеупотребительное в то время обращение «товарищ» подчеркивалась характеристика советского общества как общества социальной справедливости. Пятый пункт требовал от врача во всём руководствоваться принципам коммунистической морали (патриотизм, гуманизм, интернационализм), в связи с чем, доктор «должен бороться за мир и предотвращение ядерной войны». В заключение врач клялся перед Народом и Государством и обещал: «Верность этой присяге клянусь пронести через всю свою жизнь».

«Присяга советского врача» была подлинным воплощением представлений о честном враче, трудящемся во благо людей и никогда не отступающим от своих высоких принципов.

После распада СССР, в новых общественных реалиях изменился набор принципов и идеалов. В 1994 году Российской высшей медицинской школой была разработана «Клятва врача России», так и не принятая законодательно. Характерно, что некоторые её главы подчас являются полным копированием строк из гиппократовской клятвы. Клятву завершает: «Мне, нерушимо выполняющему эту клятву, да будет дано счастье в жизни и в работе. Нарушившему клятву да будет обратное этому и заслуженная кара». Однако считается, что врач поступает согласно своей совести во благо пациенту, не задумываясь ни о корыстных и эгоистических интересах. Он поступает так, потому что должен и никаких оговорок о карах и счастье быть не может.

На сегодняшний день в РФ действует «Клятва врача», принятая в 1997 году (последняя редакция – ст. 71 ФЗ № 323, 21.11.2011). «Клятва» напоминает «Присягу советского врача», однако, в ней отсутствуют указания о подписи, порядке прочтения клятвы. Выходит, что многовековая традиция становится формальностью. Так же слово «товарищ» заменено на «коллега», слово «больной» на «пациент», исчезли слова, обязующие медиков участвовать в развитии науки (вместо них речь идёт о необходимости беречь и развивать благородные традиции медицины). «Клятва врача» опирается на нравственные основы врачевания, этику и деонтологию. Это свидетельствует о переноса ответственности врача из области государственно-общественной в личностную. «Клятвопреступник» должен отвечать, прежде всего, перед своей совестью. В «Клятве врача» прописаны принципиальные позиции, такие как запрет эвтаназии, сохранение врачебной тайны или автономии личности пациента.

Таким образом, перечисленные документы – суть отражение процесса осознания нравственного начала в профессиональной деятельности медицинского работника. Каждый раз, обещая, клянясь или присягая, врач воспроизводит мир, в котором он живёт – это осознание слияния ценности и смысла бытия. Общественное сознание меняет своё содержание от эпохи к эпохе, сохраняя свои властные функции по отношению к индивиду, а в индивидуальном сознании всегда будет отражаться общественное.

СОЦИАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ СОВРЕМЕННОЙ МОЛОДОЙ СЕМЬИ

Д.Н. Макарова, Т.С. Денисова

Научный руководитель: Т.С. Денисова

ДВГМУ, г. Хабаровск

Роль семьи в жизни человека неоспорима. Семья выполняет ряд функций (генеративная (репродуктивная), психологическая (психотерапевтическая), социально-культурная, экономическая и хозяйственно-бытовая, коммуникативная, гедонистическая) тем самым определяя место и роль индивида в структуре малой социальной группы и стабилизируя общую структуру общества в качестве социального института. Семья остается основным социальным институтом, в котором происходит социализация индивида. Особое внимание в данном вопросе заслуживает молодая семья.

Молодая семья является одной из самых незащищенных групп населения. Она наиболее восприимчива к переменам и социально-экономическим изменениям, происходящим в обществе. Состояние данной категории населения во многом отражает происходящие в обществе пре-

образования, что выражается в изменении особенностей формирования молодой семьи, ее структуры, состава, типов семейного уклада.

В соответствии с законом молодая семья – это семья в первые три года после заключения брака (в случае рождения детей – без ограничения продолжительности брака) при условии, что ни один из супругов не достиг 30-летнего возраста.

Создание молодой семьи, как правило, обусловлено наличием проблем ее развития и функционирования. На сегодняшний день можно выделить четыре основные особенности молодой семьи в России: 1) объективно недостаточный уровень материальной и финансовой обеспеченности; 2) объективно повышенная материальная и финансовая потребность в связи с необходимостью обустройства семейной жизни: приобретение жилья, организация быта; 3) время, когда супруги вынуждены проходить определенные ступени социализации: получать образование, профессию, рабочее место; 4) необходимая психологическая адаптация к семейной жизни.

В соответствии с этими особенностями можно выделить основные проблемы молодых семей: материально-бытовые проблемы; жилищная проблема; проблема трудоустройства; психологические проблемы; медицинские проблемы. Условно эти проблемы можно объединить в 2 блока: социально-экономический и социально-психологический. Также достаточно важен социально-медицинский блок. Неподготовленность молодых семей к браку, недостаточное половое воспитание проявляется несформированностью культуры интимных отношений, неосознанным отношением молодых людей к репродуктивному поведению.

Для того чтобы молодая семья могла осуществлять все свои функции, необходимо комплексное решение этих проблем, на что и должна быть направлена государственная семейная политика в отношении молодой семьи. В настоящее время существует ряд мер направленных на улучшение положения молодых семей. В решении жилищной проблемы молодым семьям предоставляются: безвозмездные субсидии, участникам жилищных программ – ипотечные кредиты, жилье с рассрочкой оплаты, социальное жилье и т. д.

Существует ряд программ, которые созданы специально для того, чтобы помочь новым ячейкам общества улучшить свои жилищные условия: Федеральная целевая программа «Жилище» на 2011–2015 г. нацелена на формирование рынка жилья эконом класса, устранение недостатка комфортного жилья и повышение качества жилищного фонда. Благодаря подпрограмме «Обеспечение жильем молодых семей» семейные пары могут получить льготы на приобретение комфортного и современного жилья (в рамках программы можно построить дом, внести взнос в жилищно-строительный или жилищно-накопительный кооператив, погасить жилищный кредит).

Для части молодых семей, имеющих детей, формой социальной поддержки являются: выплаты детских пособий; ежемесячное пособие по уходу за ребенком до достижения им возраста полутора лет; единовременное пособие при рождении ребенка и др., хотя сегодня этого недостаточно для защиты молодой семьи.

В вопросах социально-психологической, социально-медицинской, социально-педагогической помощи, необходимую консультационную работу проводят учреждения и организации социальной работы. Одной из таких организаций является Краевой молодежный социальный медико-педагогический центр «Контакт» (г. Хабаровск), где молодые семьи или пары могут получить консультации и необходимую информацию, а также учувствовать в краевой ассоциации «Планирование семьи» и в бесплатных курсах «Ваш малыш» по планированию детей.

Однако не всем обозначенным проблемам молодых семей на сегодняшний момент уделяется должное внимание.

Большая подверженность молодых рискам в современном и будущем обществе требует гарантированной поддержки института молодой семьи во всех сферах жизнедеятельности. Это должно распространяться на систематическую подготовку молодежи к семейной жизни; на стимулирование активности самой семьи в определении и осуществлении жизненной стратегии; на формирование ответственности молодых за рождение детей, за осуществление родительских обязанностей; на полноценную социально-правовую защиту и поддержку молодой семьи в решении жилищных проблем, в обеспечении занятости, в повышении социально-профессионального статуса молодых тружеников, в формировании здорового образа жизни.

«МУЗЫКОТЕРАПИЯ» КАК МЕТОД АДАПТАЦИИ АУТИЧНЫХ ДЕТЕЙ В УСЛОВИЯХ ДЕТСКОГО САДА

А.В. Мамонтова

Научный руководитель: Т.С. Денисова

ДВГМУ, г. Хабаровск

Аутизм – тяжелое нарушение психического развития, при котором, прежде всего, снижена способность к общению, социальному взаимодействию. Аутизм – заболевание, полученное с рождения.

Аутизм называют болезнью XXI века. В мире официально зарегистрировано 6,5 млн аутистов. Только за последние 30 лет статистика этого заболевания резко увеличилась: по данным «Всемирной организации аутизма», в 2008 году 1 случай аутизма приходится на 150 детей. В России диагноз «аутизм» звучит как приговор, хотя при ранней диагностике и правильном лечении большинство аутистов могли бы о нем забыть.

Актуальность проблемы обусловлена высокой частотой данного заболевания, и большим процентом инвалидов детства. В решении этой проблемы особую роль по совершенствованию существующих и созданию новых эффективных средств, методов адаптации и реабилитации детей-аутистов приобретают меры, повышающие резервные возможности ребёнка для обычной жизнедеятельности, коммуникации и общественного взаимодействия.

На сегодняшний момент новым методом для адаптации детей-аутистов в детском коллективе является музыкальная терапия – направление не только восстановительной медицины, но и специальной психологии. Это использование музыкального искусства с лечебно-профилактической целью.

Социальными аспектами адаптации аутичных детей в коллективе являются: адаптация к условиям образовательного процесса (приспособление к форме преподавания, усвоение знаний, соблюдение времени занятий и отдыха, самостоятельное выполнение каких-либо упражнений); адаптация к группе (включение в детский коллектив, выполнение заданий в паре, в малой группе, соблюдение установленных правил, требований).

Знания в области детской и музыкальной психологии позволяют музыкальному руководителю использовать не только известные способы организации занятий, но и находить новые, обогащая тем самым опыт проведения музыкальных занятий в детском саду. Поэтому специальные музыкальные занятия с применением методов музыкальной терапии в детском саду приобретают огромное значение.

С целью изучения и апробации методов музыкальной терапии в работе с аутичными детьми на базе негосударственного дошкольного образовательного учреждения «Лунтик», был разработан и внедрен социальный проект. На начальном этапе реализации проекта был произведен контрольный замер адаптации аутичных детей к детскому коллективу с целью последующего отслеживания полученных результатов.

Музыкальные занятия у аутичных детей проходят также вместе со всеми детьми, задания и упражнения даются одинаковые, как для тех, так и для других. Для успешной адаптации перед музыкальным руководителем и всеми сотрудниками учреждения ставятся определённые цель и задачи. Главная цель музыкальных занятий для аутичных детей: помочь ребёнку адаптироваться в среде здоровых детей. Задачи: объединить детей с множеством проблем в единую группу и подготовить их к новой, может быть, более суровой обстановке.

Проект реализуется с сентября 2013 г. по май 2014 г., поэтому окончательные результаты проделанной работы могут быть представлены позже. Однако был проведен промежуточный срез эффективности проекта. За некоторое время стала наблюдаться определённая динамика. Аутичные дети перестали пугаться, убегать с занятий, прятаться, взгляд стал не рассеян-

ным, уже не пугались громких звуков и неожиданной музыки, легко шли на контакт с другими детьми, уютно чувствовали себя на занятии. Они знали последовательность упражнений, сами просили включить музыку, электронное пианино или показывали на диск со звуками природы, закрывая при этом глаза, как выполнялось раннее в упражнении.

Проводимая коррекционная работа, включающая музыкальные занятия, привела к улучшению у детей качества коммуникации, формированию навыков совместной деятельности, развитию эмоционально-личностной сферы, включая возможность адекватно выражать своё эмоциональное состояние. Дети с «ограниченными возможностями» часто не «ограничены» в способностях воспринимать музыку. Музыкальная деятельность всегда эмоционально окрашена. Она создает положительный настрой, поэтому в ней так приятно участвовать.

Коррекционные возможности музыкального искусства в различных его сочетаниях по отношению к ребёнку с проблемами в развитии проявляются, прежде всего, в том, что они выступают источником позитивных эмоций ребёнка, обеспечивают формирование музыкальной культуры и осуществляют коррекцию отклонений в познавательной, эмоционально-волевой и личностной сферах и создают условия для социальной адаптации.

Метод музыкальной терапии помогает в реализации способностей детей через преодоление физических недостатков зрительного и слухового восприятия, появляется возможность выводить детей на более высокую степень развития. Проведение музыкальных занятий с больными детьми могут быть полезными не только для аутичных детей в детских садах и учреждениях, но и для продолжения опыта в центрах реабилитации и в специальных школах.

Именно музыка для аутичных детей может стать, прежде всего, формой социальной и психофизической реабилитации и успешной адаптации в детском коллективе.

ЭТИКО-ПРАВОВЫЕ АСПЕКТЫ НОВЫХ РЕПРОДУКТИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ

Д.О. Павленко, В.О. Япринцев

Научный руководитель: канд. философ. наук, доц. Л.В. Лихобабина
ДВГМУ, г. Хабаровск

В современном обществе остро встают многие проблемы биоэтики. Среди них значительное место занимает вопрос этико-правовых основ НРТ. Поскольку НРТ напрямую затрагивает человеческую жизнь, возникает проблема: каковы границы применения этих технологий?

Целью нашей работы стало знакомство с основами НРТ: анализ мнения студентов ДВГМУ; выделение особенностей отношения религии к НРТ; изучение законодательство РФ, регламентирующее применение НРТ.

Из всех методов НРТ мы сосредоточили свое внимание на ЭКО и суррогатном материнстве.

Нами был проведен опрос в форме анкетирования среди студентов ДВГМУ 2-го и 5-го курсов. В исследовании приняли участие 157 человек (110 – женского пола и 47 – мужского) в возрасте от 18 до 32 лет. Анкета состояла из семи вопросов, на каждый из которых было предложено четыре варианта ответа.

Вопрос 1. Как вы относитесь к ЭКО в случае, когда женщина не может забеременеть естественным путем? 90 % студентов высказываются положительно. 5 % неоднозначно относятся к ЭКО. 3 % считают ЭКО неприемлемым способом зачатия. 2 % затрудняются ответить.

Вопрос 2. Как вы относитесь к проведению ЭКО женщине старше 40 лет? 46 % студентов убеждены, что женщина в этом возрасте может стать причиной проблем со здоровьем у ребенка. 35 % полагают, что можно дать шанс на зачатие ребенка в этом возрасте. 18 % затрудняются в выборе ответа.

Вопрос 3. Как вы относитесь к использованию донорского материала при проведении ЭКО? 58 % опрошенных не против использования донорского материала. 25 % относятся неоднозначно. 6 % категорически отрицают его применение. 11 % затрудняются выбрать ответ.

Вопрос 4. Стоит ли разрешать родителям выбирать пол ребенка при ЭКО? 35 % студентов уверены, что выбор пола ребенка – это право родителей. 26 % считают возможным давать право на такой выбор только по медицинским показаниям. 28 % говорят, что вопрос следует решать индивидуально. 11 % затрудняются ответить на поставленный вопрос.

Вопрос 5. Как вы относитесь к суррогатному материнству? 24 % студентов относятся к суррогатному материнству положительно. 58 % считают данный способ вынашивания ребенка возможным только в крайнем случае. 14 % – негативно. 4 % затрудняются дать ответ.

Вопрос 6. Стоит ли законодательно запретить суррогатной матери возможность оставить ребенка себе? 35 % опрошенных считают введение такого закона неуместным. 20 % поддерживают эту идею; они считают организм суррогатной матери лишь естественным биологическим инкубатором. 16 % высказываются «за», так как это исключит поводы для вымогательства со стороны суррогатных матерей. 29 % затрудняются ответить.

Вопрос 7. Согласились бы вы стать суррогатной матерью? 71 % студентов ответили отрицательно, только 8 % – положительно. 11 % допускают возможность стать суррогатной матерью в зависимости от обстоятельств. 10 % затрудняются ответить.

Следует отметить, что в РФ применение НРТ регламентируется следующими законодательными актами: Семейный Кодекс РФ; федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»; закон «Об актах гражданского состояния» от 15.11.97. № 143-ФЗ, ст. 16; приказ Минздрава РФ от 30.08.2012 № 107н «О применении вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ) в терапии женского и мужского бесплодия».

Отношение религии к НРТ. РПЦ к допустимым методам преодоления бесплодия относит «искусственное оплодотворение половыми клетками мужа, поскольку оно ... не отличается ... от естественного зачатия и происходит в контексте супружеских отношений». РПЦ против использования донорского материала или суррогатной матери, получения заведомо большего количества эмбрионов. Католическая Церковь в целом считает НРТ антиморальными, поэтому полностью отвергает их.

На основании проведенной нами работы можно сделать следующие выводы:

1. Отношение религиозного сообщества к применению НРТ в целом негативное.
2. В законодательстве РФ, регламентирующем вопросы применения ВРТ, остается множество «белых пятен».
3. Мнение студентов-медиков в отношении НРТ в целом положительное.

Таким образом, при рассмотрении проблем НРТ следует отметить и оценить ту пользу, которую они принесли человечеству. Огромное количество семейных пар смогли испытать родительские чувства и стать по-настоящему счастливыми.

ОСОБЕННОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ ПОЛОРОЛЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ ПОДРОСТКОВ В УСЛОВИЯХ СОВРЕМЕННОЙ СОЦИОКУЛЬТУРНОЙ СИТУАЦИИ

Д.И. Петров, И.В. Крапивина

Научный руководитель: И.В. Крапивина

ДВГМУ, г. Хабаровск

Современные экономические и социокультурные условия общества активизируют процесс модернизации российского образования, создают предпосылки для рассмотрения ряда новых для педагогики проблем, одной из которых является формирование полоролевого поведения старших подростков. Половая идентичность является одним из психологических феноменов, определяющих становление личности, относится к числу базовых характеристик человека, в значительной степени детерминирующих его самосознание и задающих вектор его социализации.

Решающий период в формировании полоролевой идентичности – старший подростковый возраст. Он характеризуется осмыслением взаимоотношений полов, полоролевого поведения как ценности, влияющей на становление женской/мужской индивидуальности старшего подростка, его будущую личную и социальную жизнь. Формирование полоролевого самосознания в подростковом возрасте обусловлено сложностью представлений о психологических закономерностях и механизмах полоролевой идентичности. Полоролевая идентификация определена важностью осознания своей половой роли в процессе становления самосознания личности подростков.

В работах исследователей (Л.С. Выготского, С.Л. Рубинштейна) старший подростковый возраст рассматривается как наиболее сензитивный к формированию полоролевого поведения. Однако, как указывают исследователи (А. Адлер, И.С. Кон, А.В. Мудрик и др.), к началу старшего подросткового возраста полоролевое поведение недостаточно сформировано в связи с отсутствием у девушек и юношей целостных представлений о социально-половых ролях, адекватной осознанности учета ожиданий и требований общества в полоролевом поведении, способности к рефлексии.

Многие зарубежные и отечественные ученые рассматривают процесс полового воспитания и просвещения детей и подростков как актуальную проблему современного общества. Современные исследования посвящены формированию нравственной культуры межполовых отношений старших школьников (Н.А. Максименко) и готовности старшеклассников к браку и семейной жизни (Е.И. Зритнева); воспитанию в процессе поло-ролевой социализации (Р.А. Бондаренко, В.В. Дудукалов, Т.Г. Пташко, М.А. Радзиилова); профессионально-этической подготовке учителя к формированию полоролевого поведения школьников (СВ. Бадмаева) и др. Вместе с тем, изучение состояния вопроса показывает, что процесс формирования поло-

ролевого поведения старших подростков в условиях современной социокультурной ситуации достаточно не изучен.

Разрешение актуализированных противоречий полоролевой социализации в подростковом возрасте происходит за счет формирования образа половой роли и полоролевого образа – Я. Присвоение элементов определенного полоролевого поведения связано с развитием полоролевых представлений, поскольку они являются базисом, на котором строится поведение человека. Для формирования «образа» половой роли как согласованной смысловой системы обобщенных представлений о самом себе необходимо, в целях психического и социального благополучия, затратить значительные когнитивные, эмоциональные и волевые усилия на переструктурирование элементов образа «Я». В этот процесс включены проектирование и реализация себя в настоящем и будущем как представителя определенного пола, в соответствии с полоролевыми эталонами – представлениями о физиологических, анатомических, гигиенических особенностях мужского и женского организма. Созданные в определенной культуре полоролевые стереотипы, постепенно закрепляются и наполняют образ половой роли как Я-идеального. Образ «Я-реальное» во многом будет определяться тем, насколько подросток «принимает» себя самого, и стремлением походить на идеал (следование и подчинение стереотипам и нормам).

С целью выявления влияния стереотипов на формирование у подростков полоролевого образа-Я нами была использована методика «Незаконченные предложения». Учащимся 9-10 классов школ г. Хабаровска было предложено продолжить ряд предложений, начинающихся с фразы «Я – женщина/ мужчина....». В исследовании приняли участие подростки от 15 до 17 лет. Всего было опрошено 98 учащихся, из них: девушек – 62; юношей – 36 человек.

Качественный анализ завершенных предложений показал сходство представлений юношей и девушек о собственных возможностях, сферах их реализации, что является следствием недостаточной информированности и осознания предназначения мужчины и женщины, полоролевых стереотипов, норм, закрепленных в обществе в форме половых ролей, и порождает затруднения подростков в анализе и оценке своих потребностей. Так, наиболее типичные окончания предложения «Я женщина (мужчина), потому что таким (-ой) родился (-ась)..» предложили 32 % юношей и 43 % девушек. Остальные 68% юношей и 57 % девушек закончили предложения фразами: «...просто человек», «...красивая..использую косметику...», «...дружу (предпочитаю дружить) с ребятами...девочками», «...отличаюсь по половому признаку», что является несоответствием стереотипу. При анализе предложения, характеризующего представления подростков о возможностях мужчин и женщин и сферах их реализации «Я женщина (мужчина) и могу...» свои возможности как соответствующие полоролевым стереотипам оценили 44,2 % девушек (фразы «...родить ре-

бенка», «...стать матерью»). 55,8 % девушек-подростков предпочли ответы «...стать красивой...лучше всех», «...добиться всего» и т. п. 68,9 % юношей-подростков дали характерный ответ «...могу все».

Таким образом, данные ответы подростков свидетельствуют о незнании половых стереотипов или стремлении не соответствовать им, и в то же время о переоценке и неосознанном отношении к собственным возможностям. Анализ фраз, предложенный подростками для окончания предложений «Я женщина (мужчина), и для меня...»; «Я женщина (мужчина) и делаю...»; «Я женщина (мужчина) и не терплю, когда...» и т. п. выявил ряд проблем, связанных с общением подростков разного пола, отсутствием у них навыков взаимодействия, что свидетельствует о несформированности практического компонента полоролевых представлений подростков.

Экспериментальные данные свидетельствуют, что причиной затруднений в осознании является отсутствие представлений у подростков о содержании полоролевых стереотипов, их значении и проявлении в виде предписаний, закреплённым в форме половых ролей мужчины и женщины. Это подтверждается тем, что в целом 47,5 % мальчиков и 56,4 % девочек проявляют низкий уровень (либо испытывают затруднения) осознания стереотипов полоролевого поведения. Проведённое исследование подтверждает предположение о необходимости совершенствования рефлексивно-оценочного компонента полоролевых представлений подростков и необходимость включения их в информационный компонент полоролевых представлений.

ИЗУЧЕНИЕ НАПРАВЛЕННОСТИ ЛИЧНОСТИ СТУДЕНТОВ ДВГМУ, ОБУЧАЮЩИХСЯ ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ «КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ»

А.И. Пиваева, Э.Б. Захарова

Научный руководитель: Э.Б. Захарова
ДВГМУ, г. Хабаровск

Актуальность темы работы определяется направленностью личности на отражение мотивов её поведения и деятельности, на общий жизненный замысел, соотношение целей и средств их достижения, на её ценностные ориентации. Исходя из направленности личности, можно с более высокой вероятностью предположить истинный мотив того или иного действия.

В трудах различных авторов направленность личности обозначается по-разному: как динамическая тенденция (Рубинштейн), смыслообразующий мотив (Леонтьев), доминирующее отношение (Мясищев), основная жизненная направленность (Ананьев). Чаще всего в научной литературе под направленностью личности понимают совокупность устойчивых мотивов, ориентирующих деятельность личности и относительно независи-

мых от наличной ситуации. Направленность – это отношение того, что личность получает от общества (материальные и духовные ценности), к тому, что она вносит в общественное развитие. Направленность личности выступает как системообразующее свойство, определяющее психологический склад. В направленности выражаются цели личности, её мотивы и субъективные отношения к различным сторонам действительности.

Направленность личности формируется в процессе её развития в системе общественных отношений и существует в таких формах, как: интерес, желание, стремление, склонность, влечение, идеал, мировоззрение, убеждение. От направленности личности зависит участие личности в социальных процессах (содействие развитию, противодействие, уклонение).

На направленность личности большое влияние оказывает личностное самоопределение, т. е. определение себя относительно выработанных в обществе (и принятых данным человеком) критериев становления личности и дальнейшая действенная реализация себя на основе этих критериев. Существуют различные точки зрения относительно личностного самоопределения и степени свободы человека от внешних или внутренних условий. К теориям так называемого «крайнего детерминизма», согласно которым личностное самоопределение невозможно, относят психоанализ З. Фрейда и необихевиоризм Б. Скиннера, считающих человеческое поведение детерминированным в первом случае – бессознательным, во втором – подкреплениями актуального социального окружения. Психологи А. Адлер, А. Маслоу и К. Роджерс отстаивали абсолютную свободу личностного самоопределения от внешних или внутренних условий. Согласно Ш. Бюлер, самоопределение и стремление к самоосуществлению – одновременно и врожденные свойства сознания, и движущие силы развития личности.

В работах Н.С. Пряжникова личностное самоопределение описывается как нахождение самобытного «образа я», постоянное развитие этого образа и утверждение его среди окружающих людей. Т.М. Буякас предлагает рассматривать личностное самоопределение как преобразование самих себя в новом личностном опыте. Данные авторы ставят на первое место в личностном самоопределении познание человеком самого себя, благодаря чему он определяет свое собственное отношение к жизни и свое место в ней.

Понятие личностного самоопределения, предложенное М.Р. Гинзбург, объединяет эти точки зрения: определение человеком себя в обществе как личности есть «определение себя относительно социокультурных ценностей, и тем самым определение смысла своего существования».

Одним из ярких аспектов личностного самоопределения является самоактуализация – стремление человека к возможно более полному выявлению и развитию своих личностных возможностей на каждом возрастном этапе развития. Акт самоактуализации можно увидеть в овладении ребен-

ком определенным навыком (например, езды на велосипеде). Продолжительные усилия человека в определённый момент приводят к осознанию: Я умею! Я знаю! Долго накапливаемые упорным трудом количественные изменения приносят одновременно проявляющееся новое качество, характеризующее себя в практике жизни как определенная социальная или личная компетентность.

Для исследования направленности личности были использованы: ориентационная анкета – «Определение направленности личности» (Б. Басса) и Тестовая методика САМОАЛ – Диагностика самоактуализации личности (А.В. Лазукин в адаптации Н.Ф. Калина). Опрос проводился среди студентов ДВГМУ медико-гуманитарного факультета, специальность «клиническая психология», 1 и 4 курсов (всего было опрошено 32 человека).

Ориентационная анкета выявляет направленность личности: на себя (ориентация на прямое вознаграждение и удовлетворение безотносительно деятельности и коллектива, склонность к соперничеству, интровертированность), на дело (заинтересованность в решении проблем и качественном выполнении работы, ориентация на сотрудничество) или на общение (стремление при любых условиях поддерживать отношения с людьми, ориентация на совместную деятельность, потребность в привязанности и эмоциональных отношениях с людьми). С помощью ориентационной анкеты были получены следующие результаты:

На первом курсе студентов направленных на дело 50 %, на себя 27 %, на общение 23 %. Ведущая деятельность студентов – учебная, следовательно, очевидна ориентированность студентов первого курса на учёбу и получение профессии. На четвертом курсе направленных на дело 67 %, на себя 33 %. Безусловно, студенты в большинстве своём ориентированы на деятельность и на себя, причём на 4-м курсе эти характеристики усилились. Кроме того студенты 4 курса направлены не только на учебную, но и на профессиональную деятельность, поскольку у них проводятся в основном практические занятия, где состоялось непосредственное соприкосновение с профессией. На обоих курсах в преобладающем большинстве оказывается также направленность на себя; это связано с тем, что работа психолога предполагает сначала разобраться в себе, понять себя, свою природу.

Тестовая методика САМОАЛ показала следующие результаты.

На первом курсе шкала «ориентация во времени» заняла лидирующую позицию (80 %): студенты живут настоящим по принципу «здесь и теперь», не откладывая свою жизнь «на потом». Высоки показатели (по 77 %) по шкалам «потребности в познании» и «гибкости в общении» (способность к адекватному самовыражению в общении). Низкими оказались показатели (по 56 %) по шкалам «автономность» и «взгляд на природу человека» (т. е. студенты ориентированы на то, чтобы взглянуть внутрь себя, а не на природу других, поскольку только после того как психолог разо-

брался в себе, он может понять внутренний мир своего клиента). Низкий показатель автономности объясняется тем, что студенты первого курса ещё не обрели самостоятельность и независимость.

На четвертом курсе лидируют шкалы (по 58 %) «ориентация во времени» и «контактность» (общительность личности, её способность к установлению прочных и доброжелательных отношений с окружающими). Но на общение студенты 4-го курса не направлены, поэтому высокая контактность здесь может интерпретироваться как профессиональная общительность. Низки показатели по шкалам «взгляд на природу человека» (42 %) и «спонтанность» (44 %), свидетельствующие о более обдуманных, размеренных действиях, снижении частоты импульсивно принятых решений.

Таким образом, первое место у студентов первого и четвёртого курса занимает направленность на дело (что подтверждается высокими показателями по таким шкалам, как потребность в познании и контактность). А на второе место выходит ориентация на себя (о чём свидетельствуют низкие показатели по шкале «взгляд на природу человека»).

АДАПТИВНАЯ ФИЗИЧЕСКАЯ КУЛЬТУРА В ДВГМУ

Е.А. Сидоренко, Н.А. Цуман

Научный руководитель: Н.А. Цуман

ДВГМУ, г. Хабаровск

Актуальность темы исследования. Состояние ограниченных возможностей, обусловленное стойкими структурными и функциональными изменениями организма, в настоящее время охватывает более 800 миллионов человек, составляя не менее 10 % населения планеты. В числе важнейших направлений работы с данной категорией населения оказываются адаптивная физическая культура и спорт (АФК).

Адаптивная физическая культура (сокр. АФК) – это комплекс мер спортивно-оздоровительного характера, направленных на реабилитацию, и адаптацию к нормальной социальной среде людей с ограниченными возможностями, преодоление психологических барьеров, препятствующих ощущению полноценной жизни, а также сознанию необходимости своего личного вклада в социальное развитие общества. Задачи и средства адаптивной физической культуры включают коррекцию основного дефекта, компенсацию функций организма, профилактику.

Физические упражнения – это осознанные целенаправленные действия, связаны с рядом психических процессов, таких как внимание, память, речь и др. Естественные силы природы усиливают положительный эффект физических упражнений. Кроме того, на эффективность занятий физическими упражнениями влияют гигиенические факторы. Доминирующим в АФК и всех ее видах является коррекционно-развивающее и оздорови-

тельное направление, что обусловлено приоритетной ролью решения основных педагогических задач и особенностями контингента занимающихся.

Проведенные исследования показали, что из общего числа студентов ДВГМУ (1 852 чел.) контингент, имеющий ограниченные возможности, составляет около 34 %. Эти студенты активно заняты в сфере адаптивной физической культуры, к ним применены различные методы и виды АФК в травматологии и ортопедии, при заболеваниях сердечно-сосудистой системы, органов дыхания, выделения и пищеварения.

При различных заболеваниях упражнения могут немного различаться. Так, физическая реабилитация в травматологии и ортопедии имеет ряд отличий от физической реабилитации при заболеваниях сердечно-сосудистой системы. Важнейшими средствами реабилитации в травматологии являются физические упражнения, массаж и физиотерапия. Болезни сердечно-сосудистой системы относятся к числу наиболее распространенных и чаще других приводят к инвалидности и смерти. Применение физических упражнений при сердечно-сосудистых заболеваниях позволяет использовать все 4 механизма их лечебного действия: тонизирующего влияния, трофического действия, формирования компенсаций и нормализации функций. Нормализация функций достигается постепенной и осторожной тренировкой, которая укрепляет миокард и улучшает его сократительную способность, восстанавливает сосудистые реакции на мышечную работу и перемену положения тела. Физические упражнения нормализуют функцию регулирующих систем, их способность координировать работу сердечно-сосудистой, дыхательной и других систем организма во время физических нагрузок.

Ряд особенностей имеет физическая реабилитация при заболеваниях органов дыхания. Заболевания органов дыхания (ОД) в настоящее время занимают четвертое место в структуре основных причин смертности населения, а их «вклад» в снижение трудоспособности и инвалидизацию населения еще более значителен. К ним относятся: хроническая пневмония, хронический бронхит, бронхоэктатическая болезнь, пневмосклероз, эмфизема легких, бронхиальная астма.

Лечебная физкультура также применяется при заболеваниях органов пищеварения. Применение ЛФК при заболеваниях органов пищеварения базируется на теории моторно-висцеральных рефлексов, согласно которой в процессе выполнения упражнений между двигательным анализатором и высшими вегетативными центрами устанавливается условно-рефлекторная связь. Физические упражнения нормализуют соотношение процессов торможения и возбуждения в коре головного мозга, что также способствует нормализации функций органов пищеварения. Специальные упражнения, применяемые при заболеваниях ЖКТ, оказывают также местное воздей-

вие. К специальным физическим упражнениям, применяемым при заболеваниях органов пищеварения, относятся:

- дыхательные упражнения (в частности, диафрагмальное дыхание);
- упражнения в расслаблении работавших мышц и на общее расслабление;
- упражнения для мышц брюшного пресса;
- упражнения для мышц тазовой диафрагмы;
- упражнения, способствующие оттоку желчи из желчного пузыря;
- упражнения, смещающие органы брюшной полости к диафрагме.

Таким образом, разнообразие упражнений адаптивной физической культуры способствует повышению эффективности социализации и адаптации в обществе студентов с ограниченными возможностями.

БИОТЕХНОЛОГИЯ ПРОИЗВОДСТВА НАПИТКОВ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО НАЗНАЧЕНИЯ

О.И. Терещук

Научный руководитель: канд. техн. наук, доц. А.В. Жебо
*Хабаровская государственная академия экономики
и права, г. Хабаровск*

В настоящее время для предприятий молочной промышленности актуальными являются задачи более полного и рационального использования молочной сыворотки, являющейся основным видом вторичного молочного сырья, которое возможно только на основе ее промышленной обработки, в результате чего на рынке появился новый продукт – напитки на основе сыворотки. Но на рынке г. Хабаровска ассортимент данного продукта узок и местными производителями практически не представлен, хотя, как показывают маркетинговые исследования, продукт востребован широким кругом потребителей. Технологии, имеющиеся на молочных предприятиях города, позволяют вырабатывать данный продукт, поэтому возможно его внедрение в производство, как новинки, что обеспечит расширение ассортимента и значительно повысит рентабельность предприятия.

Натуральность состава за счет использования сывороточно-растительных экстрактов, привлекательные вкус и аромат, повышение функциональности за счет добавления лактулозы, сбалансированность состава, характеризуют оригинальность напитков, которые будут иметь гарантированный спрос при относительно невысокой стоимости.

На хабаровском рынке представлены напитки на основе сыворотки продукцией только двух производителей – ЗАО "Комбинат молочных продуктов «Эдельвейс-М» (респ. Татарстан) и ООО «Бипико сыр» (г. Биробиджан) в очень узком ассортименте соответственно 5 и 3 наименований. Напитки реализуются в полимерной бутылке объемом 330 мл и по цене

соответственно 53,00 руб. за упаковку (160,00 руб. за 1 л) и 23,00 руб. за упаковку (69,7 руб. за 1 л).

Для промышленного внедрения проекта можно передать разработанную технологию и рецептуру продукта сторонним предприятиям по лицензионному договору, например, таким как ЗАО «Переяславский МЗ», ООО «Вяземский МК», ООО «Сергеевское», ИП Юдинцев С.В. Потенциальные объемы производства в первый год могут достигать 25 тыс. т., что обеспечит получение прибыли около 500 тыс. руб., при себестоимости 35 руб./л.

Разработанные напитки предназначены для употребления в пищу всех возрастных и социальных групп. Инновационный продукт легко усваивается организмом и прекрасно подходит для диетического и профилактического и спортивного питания.

В рамках данного проекта на первом этапе предполагается провести исследование существующих технологий производства напитков; разработка технологии, рецептуры, нормативно-технических документов и создание опытных образцов напитков на основе сыворотки с использованием дикорастущего плодово-ягодного сырья и лактулозы; оформление прав на интеллектуальную собственность.

ПРОТИВ АБОРТА ВО ИМЯ ЖИЗНИ

О.В. Юдина

Научный руководитель: канд. культур. наук О.А. Бортнюк

ДВГМУ, г. Хабаровск

Подарить жизнь или отнять? Носить гордое звание Матери или стать Палачом для собственных детей, пусть еще и не родившихся? Подобные вопросы появляется у женщин, когда они узнают о своей беременности. Несмотря на многочисленные вопли со стороны верующих, на деле аборт является обычной операцией, решение о которой вольна принимать женщина. Но настало время отбросить невинное слово «аборт» и заменить его более подходящим по смыслу – «детоубийство». Это страшный факт биографии человечества – безжалостное убийство маленьких людей, слабых и незащищенных. Аборт не аннулирует беременность, он делает женщину матерью мертвого ребенка.

Наше информационное общество не может однозначно ответить, убийство ли аборт: одни – осуждают, другие – считают это обычной процедурой, не отличающейся от банального похода в солжарий. Качество сегодня важнее количества: «Один взлелеянный ребенок, что способен творить, важнее десяти, что могут производить, или пятидесяти, что могут верить!» (Антон Шандор ЛаВей). Так рассуждают многие, придерживаясь

моды на одного ребенка, т. к. женщине не предоставлены социально-экономические условия для создания многодетной семьи.

Научные наблюдения с помощью современной аппаратуры свидетельствуют о том, что у зародыша 2,5 недель (18 дней) сокращается сердце и функционирует собственная система кровообращения. В 7 недель (50 дней) у эмбриона фиксируются мозговые импульсы. Он имеет полностью сформированные внешние и внутренние органы. В 10 недель (70 дней) ребенок обладает всеми признаками, которые есть у детей после их рождения. В 13 недель (92 дня, три месяца) плод поворачивает голову, делает разные движения, гримасничает, сжимает кулачок и сосет палец!

Нерожденный ребенок чувствует боль, но обезболивания для плода при аборте не предусмотрено. Как ни странно, мы выступаем в защиту экологии, осуждаем эксперименты на животных, но никто, ни одна группа бастующих не требовала ввести обязательную процедуру обезболивания для эмбрионов.

В интернете есть история женщины Джанны Джессент, которая родилась в результате солевого аборта. Она пишет: «Моей биологической матери было 17, как и моему биологическому отцу. Мать решалась на аборт, когда мне было семь с половиной месяцев. Ей посоветовали сделать солевой аборт на позднем сроке. Солевой раствор вводится в утробу матери, ребенок глотает раствор, раствор выжигает ребенка изнутри и снаружи, и мать должна родить мертвого ребенка в течение 24 часов. К всеобщему шоку я родилась живой через 18 часов, 6 апреля 1977 года в клинике Лос-Анджелеса. Я должна была быть слепой, обожженной, мертвой, но этого не произошло. Меня удочерили, когда мне было 17 месяцев, во мне было 14 кг «мертвого» веса, и у меня был ДЦП. Когда я слышу отвратительный аргумент, что должны быть аборты, только лишь потому, что может быть ребенок будет инвалидом – ужас наполняет мое сердце. Я стала ходить к трем с половиной годам с ходунками и фиксаторами на ногах. Сегодня я с легкой хромотой, но без фиксаторов и ходунков».

Итак, аборт не решает проблему незапланированной беременности. Жизнь есть главная и высшая ценность, а через аборт сознательно ликвидируется человеческое существо. Аборт – всегда ложный шаг.

Именной указатель

- Абдрахманова Д.Д., 160
 Абрамова С.В., 47
 Абросимова А.О., 237
 Абросимова А.О., 237
 Авакян А.Г., 291
 Авдеева А.А., 19
 Авдиюк А.В., 283
 Агафонова О.В., 158
 Азовцева Ю.Г., 66
 Акперова Г.Б., 53
 Александрова И.О., 268
 Александрова Т.Н., 110
 Алексеева Е.А., 21
 Алипова В.А., 237
 Андреев Н.И., 132
 Анисимов В.А., 181
 Арабаджи Р.В., 67
 Бабаев А.А., 132
 Баркашева Ф.Г., 70
 Бармина Ю.Л., 183
 Безрукавнова М.Ю., 239
 Белоусова Н.В., 70, 280
 Бобровникова М.Ю., 53
 Богданова А.С., 164
 Боляев Ю.В., 122
 Бондарь В.Ю., 131
 Бондарь Н.В., 131
 Борисова А.Л., 218
 Бородин Ю.А., 49
 Бортнук О.А., 301
 Боявсал К.А., 72
 Брагина В.В., 42
 Бруйло К.А., 149
 Булденко К.А., 308, 323
 Бутяев Д.А., 240, 285
 Быкова Ж.А., 67
 Вандан Ю. Г., 4
 Варавина Е.А., 23
 Василенко Е.В., 55
 Васильева В.В., 185
 Вахрушев М.А., 187
 Венцов С.Ф., 250
 Верес А.А., 49
 Вершков М.В., 112
 Вдовина Е.В., 53
 Вдовиченко А.А., 162
 Вишнева К.В., 297
 Волонтович Д.И., 24
 Волошенко В.В., 74, 299
 Воробейник А.А., 301
 Вялова Н.В., 268, 276
 Гаас К.А., 303
 Галич А.С., 188
 Галушко Н.А., 76
 Гаскин А.И., 114, 116
 Гибадуллина Э.Ф., 153
 Голенко Д.Д., 305
 Голофаев Д.О., 286
 Гончарик И.Г., 214
 Горбачёв А.В., 307
 Григорьева В.А., 274
 Григорьева М.И., 185
 Губанова М.В., 75
 Гуринова Л.И., 76, 98
 Гурченко С.А., 79
 Гуцал В.В., 155
 Дементьева Т.М., 232
 Денисова Т.С., 325
 ДЕРЕБЕРА И.В., 157
 Дикарева Н.С., 308
 Димирская Т.С., 276
 Добрых А.В., 303
 Догонашева А.А., 78, 118
 Дроздова И.П., 268, 276
 Дубинина В.В., 76, 98
 Дюльдина Т.С., 78
 Евсеева А.А., 25
 Евстигнеева А.В., 106
 Емельянов С.А., 266
 Ерастов Е.В., 79
 Ермолаева В.А., 81
 Жазыбаев Р. С., 6
 Жарченко Э. А., 190
 Жила Н.Г., 122
 Жуков М.А., 310
 Жукова М.В., 27, 244
 Жульков М.О., 30
 Заморочко К.С., 305
 Захарова А.Д., 312
 Захарова Э.Б., 334
 Зеленская Е.В., 313
 Зобова Д.А., 47
 Зубенко С.И., 120
 Зырянова Ю.А., 4
 И Д.В., 242, 268
 Иванова А.О., 23, 79
 Иванова Е.Л., 283, 285, 288
 Ильченко П. А., 5
 Кабанова Е.А., 82
 Кадукова Ю.В., 192, 194
 Казакевич В.М., 235
 Казакова А.А., 158
 Казарян Э.Э., 315
 Катков А.Н., 122
 Кашина Т.В., 78
 Кваша Ю.А., 246
 Кидрачева К.А., 90, 317
 Киреева Ю.М., 196
 Клещевич Д.В., 82
 Клименко Ю.С., 83
 Клименчук А.С., 123
 Ковалёв Д.О., 125
 Ковалева К.М., 49
 Ковалева Я.В., 160
 Коваленко А.П., 30
 Ковальчук В.В., 82
 Когай Е.В., 51
 Козлова Р.Л., 255
 Колесникович С.И., 319
 Кольцов И.П., 239
 Комогорцева С.В., 198, 199, 201
 Копейкина С.М., 85
 Копылова А.В., 270
 Коренева П.В., 248, 263, 264
 Коржева Т.И., 321
 Корита В.Р., 145
 Коробко Е.Г., 86
 Коровкин И.И., 127, 129
 Коротких А.В., 130, 131, 132
 Костенко Д.Ю., 321
 Котельникова А.В., 51, 53, 250, 252
 Кочубей Д.Ю., 270
 Кравченко М.А., 272
 Кравченко С.В., 70
 Крапивина И.В., 332
 Краснопеев Ю. И., 32
 Кривошеев К.В., 323
 Кривошеева Е.А., 27
 Кройтор О.А., 255
 Крылова И.О., 78
 Кудрявцева А.И., 74
 Кузин В.И., 132
 Кузнецова О.В., 290
 Кузьмичёва Т.Р., 202
 Куликова Е.А., 203
 Куликова Н.А., 134
 Курило А.Е., 7
 Курова Ю.М., 220
 Кушнаренко Н.Н., 75
 Ладная А.А., 162
 Лапин Д.С., 33
 Лапина М.И., 58
 Ларинская А.В., 164, 205
 Лемещенко О.В., 299, 313
 Литвинова Н.В., 99
 Лифа Н.В., 136, 138
 Лихобабица Л.В., 305, 315
 Луговской А.Е., 288
 Лукина Ю.С., 98
 Лунева К.С., 242, 268
 Лунина А.А., 55
 Лупенко М.И., 181
 Лучникова Т.А., 88
 Лысов С.Е., 131
 Макарова Д.Н., 325
 Мамедов Р.Т., 140
 Мамонтова А.В., 327
 Малицкая Ю.А., 56
 Малыгина Т.Ю., 218
 Мальцева Н.Г., 99
 Малютин И.И., 290
 Мамрукова Н.А., 34

- Марченко А.Н., 291
 Марышева И.В., 222
 Матвеев А.С., 142
 Матвеева А.А., 70
 Масалова Н.Н., 79
 Медвецкая Е.А., 222, 224
 Мизинина А.Н., 192, 194
 Микенина М.В., 24
 Миронович О.П., 293
 Миропольская Н.Ю., 157, 246
 Михайлов М.М., 110
 Михнева М.А., 207
 Молчан Н.В., 166
 Морозова Н.В., 153
 Мосягина Е.В., 208
 Мошечеева Т.В., 27, 254
 Мун И.Е., 74
 Мышинская О.И., 160
 Налькин С.А., 268
 Нарышкина Т.В., 8
 Непша Л.В., 89, 97
 Нестерова А.В., 70, 167
 Нестерова М.А., 55
 Нетцель О.В., 36
 Никитин О.Ю., 16
 Никишина Л.Г., 280
 Никифоров И.А., 307
 Николаева А.Е., 210
 Никоноркина И.Ю., 56
 Никурадзе Е.Э., 169
 Нужных А.В., 132
 Обухова Г.Г., 164
 Овчинникова Т.В., 185
 Огородова Ю.Е., 38
 Омелич Е. В., 21
 Орлова А.Ю., 171
 Орлова Д.А., 40
 Осечкина В.А., 74
 Осипова В.Д., 220
 Осмолкина В.А., 11
 Павленко Д.О., 329
 Павлющенко Н.А., 257
 Пак Е. А., 212
 Пан Е.В., 90
 Паневин Т.С., 259, 266
 Паненков А.Н., 147
 Панова А.Е., 166
 Парамонова Т.К., 47
 Пасько А.А., 173
 Петров Д.И., 332
 Петрова К.К., 58
 Пешкова С.В., 92, 94
 Пиваева А.И., 334
 Пластинин М.Л., 144
 Плиско Т.В., 301
 Поляков К.В., 131
 Приезжих В.М., 301
 Прокудина Т.Г., 79
 Проскокова Т.Н., 268, 276
 Протасеня И.И., 171
 Пузикова Т.А., 95, 278
 Пучок Т.С., 89, 97
 Пушкарев К.В., 131
 Пыхтин К.А., 17
 Пятышина О.В., 290
 Радынова С.Б., 47
 Резниченко Е.М., 214
 Рзаев Э., 144
 Рожковская Ю.Н., 224
 Рустамова А.Э., 102
 Рябцев Д.О., 203
 Рязанов В.В., 40
 Саакян А.К., 226
 Савенко А.Ю., 122
 Садко Н.В., 299, 313
 Саидова Ж.А., 40
 Салко Т.И., 98
 Самарина Е.Ю., 27
 Самохвалов Н.В., 30, 40
 Самсонова А.Г., 274
 Сарафанова А.Б., 187
 Свистунова В.П., 272
 Седаков В.О., 78
 Семкова Д.А., 49
 Сенкевич О.А., 162
 Сидоренко Е.А., 337
 Сизов Д.А., 261
 Синявская Ю.В., 51
 Скворцова М.В., 99
 Скрыпник И.А., 82
 Слесаренко А.А., 12, 13
 Смазнова А.Б., 72
 Смирнова Э.В., 60, 175
 Соколова М. А., 228
 Солодовникова О.Н., 157, 169, 171
 Соломенко Т.Ю., 149
 Соломоненко В.А., 230
 Сорголь А.Н., 248, 263, 264
 Сорокин Е.Л., 291
 Софронова Д.А., 201
 Ставер Т.А., 192, 194
 Стафеева С.А., 62
 Стецкая Ю.Н., 178
 Страдымова Е.А., 74
 Стрельникова Н.В., 53, 237, 239, 248, 263, 264
 Стукалова А.С., 7
 Суховеева А.В., 210
 Сыркова О.А., 64
 Сычевская Е.А., 101, 145, 276
 Тарасов П.К., 27
 Тен Т.К., 78
 Тен Ю.Э., 291
 Терещук О.И., 339
 Тетерич А.С., 15, 293
 Тихова Т.В., 74
 Ткачук Т.Е., 278
 Токарева Н. В., 179
 Толканева О.Г., 319
 Толстенок И.В., 42
 Толстых Е.А., 102
 Трибун М.М., 16
 Трофименко А.А., 104
 Тумачков Н.А., 104
 Тучина А.Ю., 79
 Тюленева Е.И., 215, 216
 Тюрина Н.А., 47
 Тянь А.В., 274
 Уварова И.А., 78
 Ульянова Е.А., 149
 Федина Б. М., 234
 Федорова Е.А., 76, 98
 Филатова М.А., 64
 Филонов В.А., 164
 Филь М.А., 232
 Фирсова Н.В., 164
 Фирстов А.Н., 132
 Флейшман М.Ю., 42
 Фокина Д.А., 280
 Фомина И.В., 285
 Фролов А.П., 112, 114, 116, 123, 125, 127, 129, 136, 138, 140, 142
 Фролова Е.Г., 23
 Функ О.С., 99
 Харченко В.А., 207
 Хекало Т. В., 12, 13
 Хелимский А.М., 268, 276
 Холичев Д.А., 164
 Хорольская М.А., 286
 Хребтова Н.И., 99
 Чан Мен Хак, 44
 Цуман Н.А., 337
 Цыденова А.Н., 106
 Цымбаренко Д.И., 164
 Чаркин А.В., 17
 Чередниченко О.А., 45
 Черненко Е.Н., 147
 Черноусова Ю.В., 95, 278
 Шайде Н.Л., 99
 Шаров А.С., 235
 Шарова Т.Н., 207
 Шевнина А.В., 108
 Ширинова Б.А., 79
 Шульга Т.В., 248, 263, 264
 Ю К.В., 74
 Юдина О.В., 340
 Юкомзан Е.С., 295
 Юрасова Т.И., 53, 252
 Якимович С. Г., 11
 Яковлева М.А., 108, 295
 Япринцев В.О., 329
 Яценко А.В., 74

Научное издание

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ СОВРЕМЕННОЙ МЕДИЦИНЫ

*Материалы 71-й итоговой научной конференции
молодых ученых и студентов
Дальневосточного государственного медицинского университета
с международным участием*

(Дальневосточный государственный медицинский
университет, г. Хабаровск, 14-17 апреля 2014 года)

Корректор *Любимова А.А.*
Художественный редактор *Иващенко К.И.*
Технический редактор *Епишина Т.Е.*

Подписано в печать 05.11.2014. Формат 60×84/16.
Бумага офсетная. Тираж 300 экз. Заказ № 75.

Издательство ГБОУ ВПО ДВГМУ.
680000, г. Хабаровск, ул. Пушкина, 31.

Отпечатано в типографии издательства ГБОУ ВПО ДВГМУ.
680000, г. Хабаровск, ул. Муравьева-Амурского, 35.