

*200 лет Казанскому медицинскому университету*



**88-Я ВСЕРОССИЙСКАЯ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ  
КОНФЕРЕНЦИЯ СТУДЕНТОВ И МОЛОДЫХ УЧЕНЫХ**  
Казань, 26-27 марта, 2014 г.

**17-Я ВСЕРОССИЙСКАЯ СТУДЕНЧЕСКАЯ  
МЕДИКО-ИСТОРИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ**  
Казань, 22 марта, 2014 г.

# **МАТЕРИАЛЫ КОНФЕРЕНЦИЙ**

**Казань, 2014 г.**

Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Казанский государственный медицинский университет» Министерства  
Здравоохранения Российской Федерации  
Студенческое научное общество им. И.А. Студенцовой  
Совет Молодых Ученых КГМУ



200-ЛЕТИЮ КАЗАНСКОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО  
МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА  
ПОСВЯЩАЕТСЯ

88–Я ВСЕРОССИЙСКАЯ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ  
КОНФЕРЕНЦИЯ СТУДЕНТОВ И МОЛОДЫХ УЧЕНЫХ  
(КАЗАНЬ, 26-27 МАРТА 2014 ГОДА)

17-Я ВСЕРОССИЙСКАЯ СТУДЕНЧЕСКАЯ  
МЕДИКО-ИСТОРИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ «БЕЛЫЕ ЦВЕТЫ»  
(КАЗАНЬ, 22 МАРТА 2014 ГОДА)

## **СБОРНИК ТЕЗИСОВ**

Казань, 2014



**УДК 378.661 (470.41-25)(082)**

**ББК 5г.я43 + 74.483**

**М34**

Сборник тезисов 88-й Всероссийской научно-практической конференции студентов и молодых ученых и 17-ой Всероссийской медико-исторической конференции, посвященных 200-летию Казанского государственного медицинского университета.

**ISBN 978-5-9902925-4-3**

**Составители:**

Е.В. Файзуллина, М.Ю. Абросимова, А.Н. Лисюков, Н.В. Яковлев, А.Ю. Иванов, А.А. Закирова, З.Р. Алиметова, Е.М. Валиева, Р.И. Валиев, П.Н. Григорьев, М.А. Мухамедьяров, Ф.Ф. Ризванова, А.Р. Усманова, Д.В. Борисов, К.Д. Губайдуллина, О.В. Захарова, Е.А. Исаева, С.С. Канюков, Н.Р. Мингалеева, Р.Р. Мударисова, А.Л. Набиуллина, О.Г. Пиркова, А.А. Мунавирова, Е.И. Шапкина, Э.С. Шахбазова, Якубовская Г.А.

Под общей редакцией проректора по науке и инновациям КГМУ  
д.м.н., проф. **Маянской С.Д.**

**ISBN 978-5-9902925-4-3**

© Совет СНО КГМУ, 2014

© Совет молодых ученых КГМУ, 2014

© Казанский государственный медицинский университет, 2014

## **СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ СОКРАЩЕНИЙ**

д.б.н. – доктор биологических наук  
д.и.н. – доктор исторических наук  
д.м.н. – доктор медицинских наук  
д.п.н. – доктор педагогических наук  
д.пол.н. – доктор политологических наук  
д.псих.н. – доктор психологических наук  
д.соц.н. – доктор социологических наук  
д.ф.н. – доктор философских наук  
д.фарм.н. – доктор фармацевтических наук  
д.фил.н. – доктор филологических наук  
д.х.н. – доктор химических наук  
д.э.н. – доктор экономических наук  
д.ю.н. – доктор юридических наук  
к.б.н. – кандидат биологических наук  
к.и.н. – кандидат исторических наук  
к.м.н. – кандидат медицинских наук  
к.п.н. – кандидат педагогических наук  
к.пол.н. – кандидат политологических наук  
к.псих.н. – кандидат психологических наук  
к.соц.н. – кандидат социологических наук  
к.ф.н. – кандидат философских наук  
к.фарм.н. – кандидат фармацевтических наук  
к.фил.н. – кандидат филологических наук  
к.х.н. – кандидат химических наук  
к.э.н. – кандидат экономических наук  
к.ю.н. – кандидат юридических наук  
асс. – ассистент  
ст.преп. – старший преподаватель  
доц. – доцент  
проф. – профессор

# СОДЕРЖАНИЕ

## 17-Я ВСЕРОССИЙСКАЯ СТУДЕНЧЕСКАЯ МЕДИКО-ИСТОРИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ, ПОСВЯЩЕННАЯ 200-ЛЕТИЮ КАЗАНСКОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА

ПРОФЕССОР Р.Р. ГЕЛЬТЦЕР – ВЫДАЮЩИЙСЯ ОТЕЧЕСТВЕННЫЙ МИКРОБИОЛОГ	
Гейко О.А. ....	43
120 –ЛЕТИЮ СО ДНЯ РОЖДЕНИЯ Е.П.КРЕВЕР ПОСВЯЩАЕТСЯ...	
Рагимова А.А., Леухин Р.В. ....	43
ИСТОРИЯ МЕДИЦИНЫ В НАЗВАНИЯХ УЛИЦ ГОРОДА МИНСКА	
Игумнова Е.С. ....	43
ИСТОРИЯ СОЗДАНИЯ И РАЗВИТИЯ МАТЕРИАЛЬНЫХ ЦЕННОСТЕЙ ГОСУДАРСТВЕННОГО РЕЗЕРВА	
Нурутдинов Р.М. ....	44
АНАТОМ И ИСТОРИК МЕДИЦИНЫ АКАДЕМИК ВАСИЛИЙ НИКОЛАЕВИЧ ТЕРНОВСКИЙ	
Павлова Л.О. ....	44
ОЗОНОТЕРАПИЯ В СТОМАТОЛОГИИ. ИСТОРИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ	
Загородская Е.В. ....	44
К 80-ЛЕТИЮ КАФЕДРЫ ОРТОПЕДИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ ПЕРМСКОЙ ГОСУДАРСТВЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ АКАДЕМИИ ИМЕНИ АКАДЕМИКА Е.А. ВАГНЕРА	
Габдуллина Г.С. ....	45
ПЕРВЫЙ В РОССИИ АВТОР УЧЕБНИКА "КУРС ОРТОПЕДИИ" СТУДЕНСКИЙ НИКОЛАЙ ИВАНОВИЧ	
Зейналов Н.З. ....	45
«РЕФЛЕКТОРНОЕ КОЛЬЦО» ФИЗИОЛОГА А.Ф. САМОЙЛОВА	
Чистяков И.В. ....	45
ПРОФЕССОР БАТУНИН – ВРАЧ, УЧИТЕЛЬ, ЧЕЛОВЕК	
Апазова Э.С., Мироничева А.М., Симанкина Ж.Д. ....	46
В.И. РАЗУМОВСКИЙ – ХИРУРГ И УЧЕНЫЙ	
Лойко В.С., Ногеров А.Р. ....	46
ТВОРЧЕСКОЕ НАСЛЕДИЕ К.Л. МЮФКЕ.	
АРХИТЕКТУРНЫЙ АНСАМБЛЬ КЛИНИЧЕСКОГО ГОРОДКА САРАТОВСКОГО МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА	
Лойко В.С., Ногеров А.Р. ....	47
ВАЙС СОЛОМОН ИОСИФОВИЧ (1895–1968)	
Клементьева А.В. ....	47
УЧЕНИКИ КАЗАНСКОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ШКОЛЫ В РАЗВИТИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ САРАТОВСКОЙ ОБЛАСТИ	
Никифоров П.В. ....	47
ЛУЧШИЕ ТВОРЧЕСКИЕ ГОДЫ ЖИЗНИ ПРОФЕССОРА А.В. КИБЯКОВА В КАЗАНИ	
Уткузов А.А. ....	48
ВКЛАД ШИШКИНОЙ ЗОИ АЛЕКСАНДРОВНЫ В РАЗВИТИИ КАЗАНСКОЙ ШКОЛЫ СТОМАТОЛОГИИ	
Ахмедова Ю.А. ....	48
НАУЧНОЕ НАСЛЕДИЕ Н.И. СТУДЕНСКОГО В ФОНДЕ НАУЧНОЙ БИБЛИОТЕКИ КГМУ	
Захарова А.В. ....	48
К 145 ЛЕТИЮ СО ДНЯ РОЖДЕНИЯ ДОКТОРА МЕДИЦИНЫ ВЫРУБОВ НИКОЛАЙ АЛЕКСЕЕВИЧ (1869-1918): ДОКТОР, УЧЁНЫЙ, ЧЕЛОВЕК	
Насибуллина Я.Р. ....	49
К 150-ЛЕТИЮ ОСНОВОПОЛОЖНИКА ВИРУСОЛОГИИ ДМИТРИЯ ИОСИФОВИЧА ИВАНОВСКОГО	
Усманова Э.А. ....	49
СТРАНИЦЫ ИСТОРИИ РАЗВИТИЯ ШКОЛЫ КАЗАНСКИХ АКУШЕР-ГИНЕКОЛОГОВ. (К 80- ЛЕТИЮ КАФЕДРЫ АКУШЕРСТВА И ГИНЕКОЛОГИИ № 2 КГМУ)	
Измайлов А.А., Галимьянова Э.И. ....	50
СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ОСНОВНЫХ ТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ ПОДХОДОВ В 19 ВЕКЕ И В СОВРЕМЕННОСТИ (НА ПРИМЕРЕ ИСТОРИЧЕСКОГО АНАЛИЗА ТРУДОВ ПРОФ. Н.А. ЗАСЕЦКОГО)	
Белоусова Е.Н., Кунст М.А., Шамсутдинова Н.Г. ....	50
СТАНОВЛЕНИЕ И РАЗВИТИЕ КАЗАНСКОЙ ШКОЛЫ СТОМАТОЛОГОВ	
Фазлутдинова А.Р. ....	50
ПРОФЕССОР АНАТОЛИЙ ИЛЬИЧ КОЖЕВНИКОВ – ВЕЛИКИЙ НИЖЕГОРОДСКИЙ ХИРУРГ	
Тимофеева Е. ....	51
ПАНОРМОВ АЛЕКСЕЙ АЛЕКСАНДРОВИЧ (1859 - 1927): ДОКТОР, УЧЕНЫЙ, ЧЕЛОВЕК	
Михайлова Л.Р. ....	51
ВКЛАД ПЕТРА АРКАДЬЕВИЧА ГЛУШКОВА В РАЗВИТИЕ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ	
Мошкова Е.В. ....	52
У ИСТОКОВ ПЕРМСКОЙ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ШКОЛЫ	
Вазиков И.Х. ....	52
ВСЕВОЛОД ПРОКОПЬЕВИЧ ПЕРВУШИН	
Сахабиева Г.Н. ....	52
СТАНОВЛЕНИЕ И РАЗВИТИЕ КЛИНИК КАЗАНСКОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ШКОЛЫ: НАЧАЛО НАЧАЛ...	
Леухин Р.В., Рагимова А.А. ....	53
ЖИЗНЕННЫЙ И НАУЧНЫЙ ПУТЬ ПРОФЕССОРА Ю. В. МАКАРОВА (К 120-ЛЕТИЮ СО ДНЯ РОЖДЕНИЯ)	
Леухин Р.В., Рагимова А.А. ....	53



ИСТОРИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ САНИТАРНОЙ АВИАЦИИ ПРИ ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЯХ	
Сафиуллин М.Р. ....	53
А.А. ДИКОВА-ОСНОВАТЕЛЬ ШКОЛЫ ДЕТСКОЙ ХИРУРГИИ В НИЖНЕМ НОВГОРОДЕ	
Сенина М.С., Каурова Е.П. ....	54
2014г.- ЮБИЛЕЙ ДЛЯ КАЗАНСКОГО МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА	
Соколова Л.В. ....	54
ВАСИЛИЙ ВАСИЛЬЕВИЧ ЧИРКОВСКИЙ - ВЫДАЮЩИЙСЯ УЧЕНЫЙ-ОФТАЛЬМОЛОГ И ОРГАНИЗАТОР (К 140-ЛЕТИЮ СО ДНЯ РОЖДЕНИЯ)	
Стегунова Н. А., Сунгурова Н. А. ....	55
ДОСТОЯНИЕ КАЗАНИ: ВЫДАЮЩИЙСЯ ХИРУРГ А.В. ВИШНЕВСКИЙ	
Фаткуллина Д.А. ....	55
НАЧАЛЬНЫЕ ЭТАПЫ РАЗВИТИЯ ДЕТСКОЙ ХИРУРГИИ В КАЗАНИ	
Анисимов А.А. ....	55
210-ЛЕТНЯЯ ИСТОРИЯ ПРЕПОДАВАНИЯ СУДЕБНОЙ МЕДИЦИНЫ В КАЗАНИ	
Мазитова К.Н. ....	56
ПРОФЕССОР ГАРАЕВ Р.С. – ВЧЕРА, СЕГОДНЯ, ЗАВТРА	
Галаутдинова Д.И., Кашипова Л.Р. ....	56
ВЕЛИКИЙ УЧЁНЫЙ С.С. ЗИМНИЦКИЙ – ПАТРИОТ, ПОЭТ, МУЗЫКАНТ	
Хабибулина А.Р. ....	57
СТРАНИЦА В ИСТОРИИ: А.Н. КАЗЕМ-БЕК	
Бухарова Е.Я. ....	57
СТОМАТОЛОГИЯ 100 ЛЕТ НАЗАД	
Карымова А.Г., Ахметов Н.Р. ....	57
ВКЛАД Е. М. ЛЕПСКОГО В ФОРМИРОВАНИЕ СИСТЕМЫ ОХРАНЫ МАТЕРИНСТВА И ДЕТСТВА В КАЗАНИ	
Усова Н. Э., Мухаметзянов И. Р. ....	58
ИСТОРИЯ КАФЕДРЫ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОЙ ХИМИИ С КУРСАМИ АНАЛИТИЧЕСКОЙ И ТОКСИКОЛОГИЧЕСКОЙ ХИМИИ	
Канзафарова А.Н., Ефремова А.И. ....	58
ИСТОРИЯ И СОВРЕМЕННОСТЬ КАФЕДРЫ ДЕТСКИХ ИНФЕКЦИЙ КГМУ	
Гилязова Д.М. ....	59
КУДА УШЛИ ЛЮДИ С КОЛОКОЛЬЧИКАМИ (ИСТОРИЯ НЕЙРОЛЕПРОЛОГИИ)	
Дёмин Д.А. ....	59
ИСТОРИЯ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОЙ КАФЕДРЫ С КУРСАМИ АНАЛИТИЧЕСКОЙ И ТОКСИКОЛОГИЧЕСКОЙ ХИМИИ	
Канзафарова А.Н., Ефремова А.И. ....	59
ИСТОРИЧЕСКИЕ ЭТАПЫ РАЗВИТИЯ ЛЕЧЕНИЯ РАНЕНЫХ В ВОЕННО-ПОЛЕВЫХ УСЛОВИЯХ	
Якубова А.Ш., Кикеева А.Б. ....	60
К 140-ЛЕТИЮ СО ДНЯ РОЖДЕНИЯ ПРОФЕССОРА СЕМЕНА СЕМЕНОВИЧА ЗИМНИЦКОГО	
ВКЛАД В НЕФРОЛОГИЮ	
Назарова М.Д. ....	60
К 140-ЛЕТИЮ СО ДНЯ РОЖДЕНИЯ ПРОФЕССОРА СЕМЕНА СЕМЕНОВИЧА ЗИМНИЦКОГО	
БИОГРАФИЯ С.С.ЗИМНИЦКОГО	
Назарова М.Д., Шарипова Р.Р. ....	60
В.И. РАЗУМОВСКИЙ – ГЕНИАЛЬНЫЙ ТЕОРЕТИК И ПРАКТИК ОТЕЧЕСТВЕННОЙ МЕДИЦИНЫ	
Крюкова К.К. ....	61
ВКЛАД ОКСМАНА И.М. В СТАНОВЛЕНИИ КАЗАНСКОЙ ШКОЛЫ ОРТОПЕДИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ	
Гильманова Г.С. ....	61
ВЫДАЮЩИЙСЯ КАЗАНСКИЙ И ЛЕНИНГРАДСКИЙ ОФТАЛЬМОЛОГ В.В.ЧИРКОВСКИЙ	
Семенюк А., Румянцева О. ....	62
К ЮБИЛЕЮ А.В. ВИШНЕВСКОГО	
Захарова О.В. ....	62
ИСТОРИЯ РАЗВИТИЯ КАЗАНСКОЙ ШКОЛЫ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ	
Шурликова В.В. ....	62
ЖИЗНЬ И НАУЧНАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ ПРОФЕССОРА ИЛЫИ ГЕНРИХОВИЧА ЛУКОМСКОГО	
Хафизов И.Р. ....	63
ВКЛАД ШИШКИНОЙ ЗОИ АЛЕКСАНДРОВНЫ В РАЗВИТИИ КАЗАНСКОЙ ШКОЛЫ СТОМАТОЛОГИИ	
Ахмедова Ю.А. ....	63
ВКЛАД ПЕТРА АРКАДЬЕВИЧА ГЛУШКОВА В РАЗВИТИЕ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ	
Мошкова Е.В. ....	64
ПАРШИН ВЛАДИМИР НИКОЛАЕВИЧ – СТРОКИ БИОГРАФИИ	
Копырина К.А. ....	64
ДУБИВКО С.А. – ПРЕДСТАВИТЕЛЬ КАЗАНСКОЙ ШКОЛЫ ОРТОДОНТИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ	
Фасхутдинов Р.И., Билалов И.Р. ....	64
ВКЛАД УЧЕНОГО А.К. ЛИМБЕРГА В РАЗВИТИЕ ОДОНТОЛОГИИ	
Березин В.А., Исмагилов О.Р. ....	65
РОЛЬ ПРОФЕССОРА П.Г. ДАУГЕ В РАЗВИТИИ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ СТОМАТОЛОГИИ	
Березин В.А., Исмагилов О.Р. ....	65
НАУЧНАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ ДЕМНЕРА ЛЕОНИДА МЕНДЕЛЕЕВИЧА	
Сиразетдинов Н.И. ....	66
К 120-ЛЕТИЮ ВЫДАЮЩЕГОСЯ ОТЕЧЕСТВЕННОГО ПЕДИАТРА АКАДЕМИКА АЛЕКСАНДРА ФЕДОРОВИЧА ТУРА	
Денисова А.В. ....	66
К СТОЛЕТИЮ СО ДНЯ РОЖДЕНИЯ ПРОФЕССОРА АБРУЙ ХУСАИНОВНЫ ХАМИДУЛЛИНОЙ	
Махмутова Г.И. ....	66
ПРОФЕССОРА ЗАГИДУЛЛИНЫ КАК ЭТАЛОН МЕДИЦИНСКОЙ ДИНАСТИИ И ВЕРНОСТИ СВОЕЙ ПРОФЕССИИ В БГМУ	
Хазиманова А.А., Заманова А.А. ....	67

ВЫПУСКНИКИ МЕДИЦИНСКОГО ФАКУЛЬТЕТА ИМПЕРАТОРСКОГО КАЗАНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА – ПЕРВЫЕ ЗАВЕДУЮЩИЕ КАФЕДРАМИ ИМПЕРАТОРСКОГО НИКОЛАЕВСКОГО УНИВЕРСИТЕТА (Г. САРАТОВ)	
Козлов А.Е. ....	67
ВЫПУСКНИК КАЗАНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА ПРОФЕССОР СТЕПАН ЯКОВЛЕВИЧ СТРЕЛКОВ – ОСНОВАТЕЛЬ ИЖЕВСКОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ШКОЛЫ	
Столбова М.С. ....	67
ПОЛКОВНИК МЕДИЦИНСКОЙ СЛУЖБЫ Н.Н. БАЙТЕРЯКОВ	
Бахтиярова А.А., Имаев И.Я. ....	68
ПРОФЕССОР Н.А. ШЕРСТЕННИКОВ – ОСНОВОПОЛОЖНИК ОРГАНИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В БАШКИРСКОЙ АССР	
Заманова А.А., Бахтиярова А.А. ....	68
АКУШЕРСКИЙ ФАНТОМ В ИСТОРИЧЕСКОМ АСПЕКТЕ	
Абдуллаева К.А., Садриева К.Р. ....	68
ЦИВИЛИЗАЦИОННОЕ ВЛИЯНИЕ РИМА НА ИСТОРИЮ РОССИИ	
Краснов А.Е., Кириллов Н.Д. ....	69
ИНТЕРЕСНЫЕ ФАКТЫ ИЗ ЖИЗНИ ПРОФЕССОРА И.М. ДОГЕЛЯ - ОСНОВОПОЛОЖНИКА КАЗАНСКОЙ ШКОЛЫ ФАРМАКОЛОГОВ	
Игнатъева Л.А., Каримова Д.Р., Петрова А.А. ....	69
ТОМСКАЯ ШКОЛА ПАТОФИЗИОЛОГОВ	
Полетика В.С. ....	70
ИСТИННЫЙ ПАТРИОТ КАЗАНСКОЙ ФИЗИОЛОГИЧЕСКОЙ ШКОЛЫ, БЮСТ, КОТОРОГО ВПЕРВЫЕ В ИСТОРИИ БУДЕТ УСТАНОВЛЕН В ВЕСТИБЮЛЕ КАЗАНСКОГО ФИЗИОЛОГИЧЕСКОГО ИНСТИТУТА ВЕСНОЙ 2014 Г.	
КОВАЛЕВСКИЙ НИКОЛАЙ ОСИПОВИЧ (1840-1891)	
Зиганшина Э.Р. ....	70
СВЕТЛОЙ ПАМЯТИ СОТРУДНИКОВ КАФЕДРЫ ПАТОФИЗИОЛОГИИ - УЧАСТНИКОВ ВЕЛИКОЙ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ВОЙНЫ	
Токарева А.А. ....	70
ЗАВЕДУЮЩИЕ КАФЕДРАМИ, ПРОФЕССОРА-КЛИНИЦИСТЫ, ВЫПОЛНИВШИЕ ДИССЕРТАЦИОННЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ НА КАФЕДРЕ ПАТОФИЗИОЛОГИИ ПОД РУКОВОДСТВОМ ЕРЗИНА МУХАМЕДА АБДУЛАЕВИЧА	
Токарева С.А. ....	71
К 110-ЛЕТИЮ СО ДНЯ РОЖДЕНИЯ ПРОФЕССОРА НИКОЛАЯ НИКОЛАЕВИЧА ЛОЗАНОВА	
Рагимова А.А., Леухин Р.В., Абуладзе Г.Г. ....	71
УЧЕНИКИ ТАТАРСТАНА В 20-У ГОДЫ XX ВЕКА	
Абдуллаев Ш.П. ....	71
КАЗАНСКАЯ НЕВРОЛОГИЧЕСКАЯ ШКОЛА И ЕЕ ВЛИЯНИЕ НА РАЗВИТИЕ НЕВРОЛОГИИ В СССР И РОССИИ	
Леухин Р.В., Рагимова А.А. ....	72
СТАНОВЛЕНИЕ КАФЕДРЫ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОЙ ТЕХНОЛОГИИ КГМУ	
Васильева А.Г., Гильмутдинова Г.И. ....	72
Н.М. МАЛИЕВ И А.С. ДОГЕЛЬ - ПРЕДСТАВИТЕЛИ ТОМСКОЙ ШКОЛЫ МОРФОЛОГОВ	
Попов Ю.А. ....	72
ИСТОРИЧЕСКИЙ АСПЕКТ - ОПЕРАЦИЯ КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЕ	
Хикматуллина К.А. ....	73
К 150-ЛЕТИЮ СО ДНЯ РОЖДЕНИЯ ПРОФЕССОРА КАФЕДРЫ ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИИ В.Ф. БУРГСДОРФА: НЕИЗВЕСТНЫЕ ФРАГМЕНТЫ БИОГРАФИИ	
Леухин Р.В., Рагимова А.А. ....	73
БИОЭТИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ ПРОЕКТА "ГЕНОМ ЧЕЛОВЕКА"	
Усова Н.Э. ....	74
ПРОФЕССОР Л.А. ПОЦЕЛУЕВА – ЗАСЛУЖЕННЫЙ ДЕЯТЕЛЬ НАУКИ РЕСПУБЛИКИ ТАТАРСТАН	
Юманова Д.Н. ....	74
ЖИЗНЬ И НАУЧНАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ ПРОФЕССОРА МИХЕЕВА Н.А.	
Зудина В.К. ....	74
АКАДЕМИК С.В. АНИЧКОВ. ОТ СТУДЕНЧЕСТВА К ВЕРШИНАМ ФАРМАКОЛОГИИ	
Идрисова А.Р. ....	75
ИСТОРИЯ СТУДЕНЧЕСКОГО НАУЧНОГО КРУЖКА КАФЕДРЫ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОЙ ТЕХНОЛОГИИ КГМУ	
Дудкова Е.А., Хамитова Г.Р. ....	75
ОБРАЗ ИДЕАЛЬНОГО ВРАЧА С ТОЧКИ ЗРЕНИЯ ЭТИКИ	
Павлова Л.О. ....	75
КАФЕДРА ГОСПИТАЛЬНОЙ ПЕДИАТРИИ С КУРСАМИ ПДО И ПП КГМУ: ПРОШЛОЕ, НАСТОЯЩЕЕ И БУДУЩЕЕ	
Абдреева Г.Т., Шайхутдинова А.А. ....	76
ВЫДАЮЩИЕСЯ ПРОФЕССОРА КАЗАНСКОЙ ГИГИЕНИЧЕСКОЙ ШКОЛЫ	
Соломанина Ю.С. ....	76
К 140-ЛЕТИЮ ВЫДАЮЩЕГОСЯ ПРЕДСТАВИТЕЛЯ КАЗАНСКОЙ ШКОЛЫ ПЕДИАТРОВ	
ВИКТОРА КОНСТАНТИНОВИЧА МЕНЬШИКОВА	
Ковальчук А.А., Мамяшева Д.Ш. ....	76
КОНСТИТУЦИЯ ДЛЯ ГРАЖДАНИНА РФ ПРАВО НА БЕСПЛАТНУЮ ПОМОЩЬ	
Клюшкина М.С. ....	77
КАФЕДРЕ ЭКОНОМИЧЕСКОЙ ТЕОРИИ И СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЫ - 70 ЛЕТ!	
Кузнецова ....	77
ДИАГНОСТИКА КОНТРАКТУРЫ ДЮПЮИТРЕНА ПО ДАННЫМ 1Н-ЯМР СПЕКТРОСКОПИИ	
Абдул Джабар А.Г. ....	78
БИОГРАФИЯ И НАУЧНЫЕ ТРУДЫ ГОРЯЕВА НИКОЛАЯ КОНСТАНТИНОВИЧА (1875-1943)	
Файзуллина Р.Р. ....	78
К ЮБИЛЕЮ КАФЕДРЫ ОБЩЕЙ ГИГИЕНЫ С КУРСОМ РАДИАЦИОННОЙ ГИГИЕНЫ КГМУ: БИОГРАФИЯ ПРОФ. А.Т.ГОНЧАРОВА	
Мавлютова Р.А. ....	78
Н.А. ВИНОГРАДОВ: "ЛЮБОВЬ, МИЛОСЕРДИЕ, ИСКУССТВО"	
Хикматуллина Л.И. ....	79

ОСНОВАТЕЛЬ РОССИЙСКОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ШКОЛЫ Н.В. СКЛИФОВСКИЙ (1836-1904): ОДЕССКИЙ ПЕРИОД ЖИЗНИ И ДЕЯТЕЛЬНОСТИ	
Голубова Н.А. ....	79
НИКОЛАЙ II: ТРАГЕДИЯ ЛИЧНОСТИ	
Галиуллина И.Р., Шукина А.В. ....	79
К 140-ЛЕТИЮ СО ДНЯ РОЖДЕНИЯ ВЕЛИКОГО УЧЕНОГО-КЛИНИЦИСТА В.Ф. ОРЛОВСКОГО	
Тагирова Л.Т. ....	80
К 180-ЛЕТИЮ ЗДАНИЯ КАЗАНСКОГО АНАТОМИЧЕСКОГО ТЕАТРА. ОТ ИСТОКОВ СТАНОВЛЕНИЯ И ДО НАШИХ ДНЕЙ	
Якубова А.Ш. ....	80
СОВМЕСТНАЯ РАБОТА МОСКОВСКОЙ И КАЗАНСКОЙ ШКОЛЫ ГИГИЕНИСТОВ	
Петрова А.А., Слюсарева А.А. ....	80
БИОГРАФИЯ ПРОФЕССОРА В.В. МИЛОСЛАВСКОГО: К ЮБИЛЕЮ КАФЕДРЫ ОБЩЕЙ ГИГИЕНЫ С КУРСОМ РАДИАЦИОННОЙ ГИГИЕНЫ КГМУ	
Ахметзянов А.Ш. ....	81
К 90-ЛЕТИЮ ВАЛИТОВА СУЛЕЙМАНА АХМЕТ-САФИЧА - ДЕКАНА ПЕДИАТРИЧЕСКОГО ФАКУЛЬТЕТА	
Газизова Г.М., Антонова А.Ю., Низамова Л.Э. ....	81
ЗАЛМАН ИЗРАИЛЕВИЧ МАЛКИН – ВРАЧ, УЧЕНЫЙ, ЧЕЛОВЕК	
Афандиева Г.З. ....	81
ГЕОРГИЕВСКИЙ КАВАЛЕР В.О.КАППЕЛЬ И ЕГО УЧАСТИЕ В ГРАЖДАНСКОЙ ВОЙНЕ	
Суриков А.А. ....	82
К ЮБИЛЕЮ А. Д. АДО – 105 ЛЕТ СО ДНЯ РОЖДЕНИЯ	
Усманова А.Р. ....	82
ПОЛВЕКА САРАТОВСКОЙ НЕФРОЛОГИЧЕСКОЙ ШКОЛЕ	
Кубалик А.В., Утц Д.С., Попкова О.В. ....	82
ИМЕЕТ ЛИ ЧЕЛОВЕК ПРАВО ДОБРОВОЛЬНО РАСПОРЯЖАТЬСЯ СВОЕЙ ЖИЗНЬЮ?	
Миннеханова А.А. ....	83
К 130-ЛЕТИЮ ВЕЛИКОГО РУССКОГО УЧЕНОГО О.Н. ПОДВЫСОЦКОЙ	
Асланова А.М., Перов В.А. ....	83
ЛЕВ ЛЬВОВИЧ ФОФАНОВ: ЖИЗНЬ ВРАЧА В СЛОЖНЫЙ ИСТОРИЧЕСКИЙ ПЕРИОД	
Казанцев А.Ю. ....	84

## АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ МЕДИЦИНЫ ТРУДА

МЕТОДЫ ДОЗИРОВАНИЯ ФАКТОРОВ УСЛОВИЙ ТРУДА НА ПРОМЫШЛЕННЫХ ПРЕДПРИЯТИЯХ	
Островский А.М. ....	87
ПОКАЗАТЕЛЬ ВЛИЯНИЯ УСЛОВИЙ ТРУДА НА ЗДОРОВЬЕ РАБОЧИХ	
Николаева Т.В., Лункина М.В. ....	87
ИЗУЧЕНИЕ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО СИНДРОМА ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ У МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ	
Галиева И.Р., Самиева А.И. ....	87
ИССЛЕДОВАНИЕ УРОВНЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ У МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ	
Самиева А.И., Гарипова Р.В. ....	88
ВЛИЯНИЕ УРОВНЯ ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКИ НА СУБЪЕКТИВНО ОЦЕНИВАЕМОЕ СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ ОФИСНЫХ РАБОТНИКОВ	
Амерханова Р.М. ....	88
ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА СВЕТОДИОДНЫХ СИСТЕМ ОСВЕЩЕНИЯ	
Васильева Т.В. ....	88
АНАЛИЗ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ, ПОДВЕРГАЮЩЕГОСЯ ВОЗДЕЙСТВИЮ ЭМП 50 Гц	
Давлетханова Л.И. ....	89
БИОЛОГИЧЕСКИЙ ВОЗРАСТ КАК ИНТЕГРАЛЬНЫЙ ПОКАЗАТЕЛЬ ВЛИЯНИЯ УСЛОВИЙ ТРУДА НА ЗДОРОВЬЕ РАБОЧИХ	
Лункина М.В., Николаева Т.В. ....	89
УСЛОВИЯ ТРУДА И СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ РАБОТНИКОВ, ЗАНЯТЫХ НА ПРОИЗВОДСТВЕ МНОГОСЛОЙНЫХ УГЛЕРОДНЫХ НАНОТРУБОК	
Николаева Т.В. ....	90
ОЦЕНКА УСЛОВИЙ ТРУДА РАБОТНИКОВ ЛОКОМОТИВНЫХ БРИГАД ПОДВИЖНОГО СОСТАВА	
Шакрамова Л.И. ....	90

## АКУШЕРСТВО И ГИНЕКОЛОГИЯ

ОСОБЕННОСТИ РЕПРОДУКТИВНЫХ УСТАНОВОК СРЕДИ СТУДЕНТОВ ГОРОДА УФЫ	
Сайфуллин Р.Р., Хафизов М.М., Поляков Д.В. ....	90
ОЦЕНКА ПРОСТРАНСТВЕННОГО РОСТА ФИБРИНОВОГО СГУСТКА У РОДИЛЬНИЦ, КАК МАРКЕР КОАГУЛЯЦИОННОГО ПОТЕНЦИАЛА КРОВИ ДЛЯ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ ТРОМБОГЕМОРРАГИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ В ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДЕ	
Сабирова Д.Р. ....	91
ПОКАЗАТЕЛИ ТРОМБОДИНАМИКИ У БЕРЕМЕННЫХ С ПРЕДЛЕЖАНИЕМ ПЛАЦЕНТЫ, КАК ВОЗМОЖНОСТЬ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ РАЗВИТИЯ ТРОМБОГЕМОРРАГИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ В РОДАХ И ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДЕ	
Зейналова Н.З. ....	91
ЗНАЧЕНИЕ МАРКЕРА СА-125 ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ РАКА ЯИЧНИКОВ (ПО МАТЕРИАЛАМ ЗАРУБЕЖНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ)	
Дворжак В.С. ....	92
СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ НЕУКРОТИМОЙ РВОТЫ БЕРЕМЕННЫХ	
Ахметшина Л., Кадрова Э. ....	92



ПАТОЛОГИЯ ЭНДОМЕТРИЯ ПРИ НЕУДАЧНЫХ ПОПЫТКАХ ЭКО И НЕВЫНАШИВАНИИ	
Хисамова Л.З., Мардиева Р.Р., Ханова И.Н. ....	93
ПЕРВИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ У ЖЕНЩИН С РУБЦОМ НА МАТКЕ ПОСЛЕ МИОМЭКТОМИИ	
Пекарева Е.О., Поздняков И.М., Пекарев О.Г., Майбородин И.В., Оноприенко Н.В. ....	93
ГЕНДЕРНЫЕ РАЗЛИЧИЯ В РЕПРОДУКТИВНЫХ УСТАНОВКАХ У СТУДЕНТОВ Г. УФЫ	
Хафизов М.М, Сайфуллин Р.Р, Полякова Д.В. ....	93
ДИАГНОСТИКА ГЕСТАЦИОННОГО САХАРНОГО ДИАБЕТА В ПЕРВОМ ТРИМЕСТРЕ ПО УРОВНЮ ГЛИКОЗИЛИРОВАННОГО ГЕМОГЛОБИНА	
Муравейник О.А., Альбицкая Е.А., Будеева С.В. ....	94
ВЛИЯНИЕ ПЛАЗМЫ, ОБОГАЩЕННОЙ ТРОМБОЦИТАМИ, НА ПРОЦЕСС РЕПАРАЦИИ РУБЦА НА МАТКЕ	
Шакиров И.И., Гайнутдинова А.А. ....	94
ЭМА-МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ ШЕЕЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ	
Аксенова Л.А. ....	95
ПЛАСТИКА НЕСОСТОЯТЕЛЬНОГО РУБЦА НА МАТКЕ ТРАНСВАГИНАЛЬНЫМ СПОСОБОМ ВНЕ БЕРЕМЕННОСТИ	
Ганиятова Р.Р. ....	95
ТРУДНОСТИ ДИАГНОСТИКИ ВНЕМАТОЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ	
Гудцева С.В., Хуснутдинова Г.А. ....	95
СОСТОЯНИЕ СОСУДИСТО-ТРОМБОЦИТАРНОГО ЗВЕНА ГЕМОСТАЗА У ЖЕНЩИН ФЕРТИЛЬНОГО ВОЗРАСТА С ГЕМАТОМЕЗЕНХИМАЛЬНЫМИ ДИСПЛАЗИЯМИ	
Полякова Д.В. ....	96
ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ИСХОДЫ, СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ВЕДЕНИЯ РОДОВ ПРИ ДОНОШЕННОЙ БЕРЕМЕННОСТИ И ПРЕЖДЕВРЕМЕННОМ ИЗЛИТИИ ОКОЛОПЛОДНЫХ ВОД	
Рагимова А.А., Леухин Р.В., Измайлов А.А. ....	96
КЛИНИЧЕСКИ УЗКИЙ ТАЗ - ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ИСХОДЫ	
Хикматуллина К.А. ....	96
РОЛЬ НАСЛЕДСТВЕННЫХ ТРОМБОФИЛИЙ ПРИ ПРИВЫЧНОМ НЕВЫНАШИВАНИИ БЕРЕМЕННОСТИ	
Уразбахтина К.А. ....	97
ПРИМЕНЕНИЕ ПРОСТАГЛАНДИНА Е2 У БЕРЕМЕННЫХ С РУБЦОМ НА МАТКЕ ПОСЛЕ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ	
Ибатуллина З.М. ....	97
РОЛЬ НАРУШЕНИЯ МИКРОЭЛЕМЕНТНОГО ГОМЕОСТАЗА СИСТЕМЫ МАТЬ-ПЛОД ПОД ВОЗДЕЙСТВИЕМ ВРЕДНЫХ ЭКЗОГЕННЫХ ФАКТОРОВ В РАЗВИТИИ АКУШЕРСКОЙ ПАТОЛОГИИ	
Мамина Г.Н. ....	97
ИННОВАЦИОННЫЕ МЕТОДЫ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И ИСХОДА РОДОВ У ЖЕНЩИН ГРУППЫ ВЫСОКОГО РИСКА	
Тюгаева Э.А., Гарнышева А.А. ....	98
ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ СВИНЦА НА ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ В УСЛОВИЯХ АНТРОПОГЕННОГО ВОЗДЕЙСТВИЯ НА ОКРУЖАЮЩУЮ СРЕДУ	
Гарнышева А.А. ....	98
МИОМА МАТКИ С РОСТОМ В ПОСТМЕНОПАУЗЕ ПРИ СТРОМАЛЬНОМ ГИПЕРТЕКОЗЕ ЯИЧНИКОВ	
Липатова И.О. ....	99
К ВОПРОСУ О РАЦИОНАЛЬНОЙ ФАРМАКОТЕРАПИИ БЕССИМПТОМНОЙ БАКТЕРИУРИИ У БЕРЕМЕННЫХ	
Нурмухаметова А.Ж. ....	99
НЕУДАЧИ ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНОГО ОПЛОДОТВОРЕНИЯ	
Гайсин Р.Ф., Габдулвалеева Д.Х. ....	99
ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНОЕ ОПЛОДОТВОРЕНИЕ	
Габдулвалеева Д.Х., Гайсин Р.Ф. ....	100
ОСОБЕННОСТИ РАЗВИТИЯ ПАТОЛОГИИ БЕРЕМЕННОСТИ ПРИ ДИСБАЛАНСЕ СОДЕРЖАНИЯ МАГНИЯ В ОРГАНИЗМЕ ЖЕНЩИНЫ	
Якупова А.А. ....	100
БИОЛОГИЧЕСКИЕ СРЕДЫ ЖЕНЩИНЫ КАК ИНДИКАТОР СОСТОЯНИЯ МНОГОФУНКЦИОНАЛЬНОЙ СИСТЕМЫ МАТЬ-ПЛОД	
Валиуллина Г.З. ....	100
ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ЛНГ-ВМС «МИРЕНА» У ПАЦИЕНТОК С МИОМОЙ МАТКИ ПОСЛЕ ОПЕРАТИВНЫХ РОДОВ	
Галин Д.А., Гурьянова Р.Р., Нурутдинова В.А. ....	101
ОПЫТ ОРГАНОСОХРАНЯЮЩЕГО ЛЕЧЕНИЯ ШЕЕЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ	
Ялтанская А.А. ....	101
АБОРТЫ И ИХ ПОСЛЕДСТВИЯ ДЛЯ БЕРЕМЕННОСТИ	
Гафиуллина А.Д. ....	102
ВОССТАНОВЛЕНИЕ МЕНСТРУАЛЬНОЙ ФУНКЦИИ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЕ	
Гильмуллина Ф.Ф., Ахметшина Л.Р. ....	102
РОЛЬ ВПЧ В ПАТОЛОГИИ ШЕЙКИ МАТКИ: ПУТИ РЕШЕНИЯ ПРОБЛЕМЫ	
Демидова Ю.П. ....	102
ТОНКИЙ ЭНДОМЕТРИЙ - НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ТЕРАПИИ	
Шайсултанов М.Р., Миннемуллина Р.М., Фазуллин Э.В. ....	103
НАРУШЕНИЕ РЕОЛОГИИ ЦЕРВИКАЛЬНОЙ СЛИЗИ – НОВЫЙ ПОДХОД К КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ	
Мунавирова А.А., Павлов Я.Н. ....	103
ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ТЕСТОВ ДЛЯ ИДЕНТИФИКАЦИИ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ	
Фарзиева В.Г. ....	103
ЭНДОМЕТРИОЗ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО РУБЦА ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ	
Гайфутдинова Д.Р. ....	104
РОДЫ СВОБОДНОГО ВЫБОРА: БЛИЖАЙШИЕ И ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ	
Миникаева Л.Р. ....	104
ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ РОДОВ У ПАЦИЕНТОК С КРУПНЫМ ПЛОДОМ	
Маркова А.Р., Отмахова М.А., Вдовина Ю.О. ....	104

# АНЕСТЕЗИОЛОГИЯ И РЕАНИМАТОЛОГИЯ

КАРДИАЛЬНЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ПРИ СУБАРАХНОИДАЛЬНЫХ КРОВОИЗЛИЯНИЯХ	
Хабибулина А.Р. ....	105
ПЕРИОПЕРАЦИОННЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ТРАНСПОРТА КИСЛОРОДА У ПАЦИЕНТОВ В МАЛОИНВАЗИВНОЙ ХИРУРГИИ	
Искаков Х.Р. ....	105
РОЛЬ УЛЬТРАЗВУКОВЫХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ В ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ	
Хабибулина А.Р. ....	106
ПРИМЕНЕНИЕ НИЗКОПОТОЧНОЙ ЗАМЕСТИТЕЛЬНОЙ ПОЧЕЧНОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ ХИРУРГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ	
Бердникова Е.А., Хазиахметова Г.Ю. ....	106
ПРИМЕНЕНИЕ ОЗОНОТЕРАПИИ ПРИ СИНДРОМЕ ХРОНИЧЕСКОЙ УСТАЛОСТИ У РАБОТНИКОВ ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНЫ	
Заринова М.А., Сапронова Т.С., Горюнова М.Н. ....	106
ПРИМЕНЕНИЕ КАРДИОИНТЕРВАЛОГРАФИИ В ОПТИМИЗАЦИИ ТЕЧЕНИЯ АНЕСТЕЗИИ И ПОСТНАРКОЗНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ	
Матвеева В.Л. ....	107
РЕГИОНАЛЬНАЯ ГИПОТЕРМИЯ В ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ: СРАВНИТЕЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ	
Шахова И.А. ....	107
ВЛИЯНИЕ ИНЕРТНЫХ ГАЗОВ НА ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ СПОРТСМЕНОВ	
Искендерова С.С., Доскалиев Т.Х., Кетиашвили Д.И. ....	108
СОВРЕМЕННЫЕ ПРОБЛЕМЫ СЕДАТИВНОЙ ТЕРАПИИ ХИРУРГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ	
Киреев В.Ю., Еремицкая М.И., Кетиашвили Д.И. ....	108
ТОТАЛЬНАЯ ВНУТРИВЕННАЯ АНЕСТЕЗИЯ В ГИНЕКОЛОГИИ	
Киреев В.Ю., Шевченко М.Ю., Кетиашвили Д.И. ....	108

# БИОМЕДИЦИНСКАЯ ЭТИКА

ЭТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ФАРМАЦЕВТА-ПЕРВОСТОЛЬНИКА	
Анисимова Е.А. ....	109
ПУТИ ПРЕДОТВРАЩЕНИЯ КОРРУПЦИОННЫХ ПРОЯВЛЕНИЙ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ	
Савельева О.С. ....	109
ОТДЕЛЕНИЕ ВРАЧЕБНЫХ НАУК КАЗАНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА, И ВОЙНА 1812 Г.	
Вахтерова О.П. ....	109
ВКЛАД РОССИЙСКОЙ ИМПЕРАТОРСКОЙ СЕМЬИ В РАЗВИТИЕ МЕДИЦИНСКОГО ФАКУЛЬТЕТА ИМПЕРАТОРСКОГО КАЗАНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА	
Фирсова К.О. ....	110
МЕДИАЦИЯ КАК СПОСОБ ДОСУДЕБНОГО РАЗРЕШЕНИЯ КОНФЛИКТОВ В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ	
Шибашова Т.Ю. ....	110
ПОДГОТОВКА МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР С ВЫСШИМ ОБРАЗОВАНИЕ В РОССИИ: РЕАЛИИ, ПРОБЛЕМЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ	
Хасанова Р.Н. ....	110
КТО СТАНЕТ ДОНОРОМ ЗАВТРА?	
Артемова А.О., Кириллова А.А. ....	111
ПРОБЛЕМА ЭВТАНАЗИИ В БИОЭТИКЕ	
Багаманова В.Р. ....	111
МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ЗНАНИЙ НАСЕЛЕНИЯ О ПРОБЛЕМАХ РЕЗУС-КОНФЛИКТА	
Порфирьева Н.Н. ....	111
ИСТОРИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ОТНОШЕНИЯ К НАНЕСЕНИЮ УЩЕРБА ЗДОРОВЬЮ ПАЦИЕНТА В РОССИИ	
Щербаков В.А. ....	112
ДЕОНТОЛОГИЯ В ПСИХИАТРИИ	
Шикалева А.А. ....	112
МОРАЛЬНО-ЭТИЧЕСКАЯ ПРОБЛЕМА АБОРТА	
Константинова А.М. ....	112
ПРОБЛЕМА ТРАНСПЛАНТАЦИИ ОРГАНОВ И ТКАНЕЙ ДЕТЕЙ В РОССИИ	
Рахматуллина Я.М. ....	113
"СУРРОГАТНОЕ МАТЕРИНСТВО": ЗА ИЛИ ПРОТИВ?	
Шайхутдинова И.Р. ....	113
ПРОБЛЕМА ТРАНСПЛАНТАЦИИ ОРГАНОВ И ТКАНЕЙ ДЕТЕЙ В РОССИИ	
Рахматуллина Я.М. ....	114
ЭВТАНАЗИЯ КАК БИОЭТИЧЕСКАЯ ПРОБЛЕМА	
Чернеева В.С. ....	114
ЭВТАНАЗИЯ: ЛЕГКО ЛИ "ЛЕГКО УМИРАТЬ"	
Севастьянов С.И. ....	114
СОЦИАЛЬНО-ЭТИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ ГЕНЕТИКИ	
Сайфутдинова Д.М. ....	115
ОТНОШЕНИЕ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА К ПРОБЛЕМЕ ВРАЧЕБНОЙ ТАЙНЫ	
Чемоданова А.С. ....	115
ВРАЧ И РОДСТВЕННИКИ ПАЦИЕНТА: ПРОБЛЕМА ВЗАИМООТНОШЕНИЙ	
Султанова А.С. ....	115
ПРАВОВОЕ РЕГУЛИРОВАНИЕ РАЗВИТИЯ БИОТЕХНОЛОГИИ И ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ГЕНЕТИЧЕСКИ МОДИФИЦИРОВАННЫХ ОРГАНИЗМОВ (ГМО) В ЕВРОПЕЙСКОМ СОЮЗЕ	
Кузьминых К.В. ....	116
БИОЭТИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ ПРОЕКТА "ГЕНОМ ЧЕЛОВЕКА"	
Усова Н.Э. ....	116
РАЗНЫЕ ТОЧКИ ЗРЕНИЯ НА ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНОЕ ОПЛОДОТВОРЕНИЕ В СОВРЕМЕННОМ МИРЕ	
Глухова Е.А. ....	117

ОБРАЗ ИДЕАЛЬНОГО ВРАЧА С ТОЧКИ ЗРЕНИЯ ЭТИКИ	
Павлова Л.О. ....	117
КОНСТИТУЦИЯ ДЛЯ ГРАЖДАНИНА РФ ПРАВО НА БЕСПЛАТНУЮ ПОМОЩЬ	
Ключкина М.С. ....	117
ВОЗМОЖНО ЛИ ПРИНЯТИЕ В РОССИИ ЗАКОНОПРОЕКТА ОБ ЭВТАНАЗИИ ДЛЯ СМЕРТЕЛЬНО БОЛЬНЫХ ДЕТЕЙ?	
Зуфарова Ю.М. ....	118
ПРОБЛЕМА ПРАВОВОГО РЕГУЛИРОВАНИЯ ДЕТСКОГО ДОНОРСТВА И ТРАНСПЛАНТАЦИИ ОРГАНОВ И ТКАНЕЙ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ	
Фадеев Е.В. ....	118
АБОРТЫ, КАК УГРОЗА БУДУЩЕГО	
Мартюхина Р.А. ....	118
ЭВТАНАЗИЯ У ДЕТЕЙ	
Мефодьева А.Ю. ....	119
АБОРТЫ: ЗА И ПРОТИВ	
Гаврилова Э.Ю. ....	119

## БИОХИМИЯ

ДИСБАЛАНС ЦИТОКИНОВ У МУЖЧИН ПРИ ИДИОПАТИЧЕСКОМ БЕСПЛОДИИ	
Галимова С.Ш., Титова А.А. ....	120
ВЗАИМОСВЯЗЬ ТИПОВ ТЕМПЕРАМЕНТА И ГРУПП КРОВИ СТУДЕНТОВ 1 КУРСА ЗКГМУ имени МАРАТА ОСПАНОВА	
Нурмагамбет А.Е., Мухит Д.С. ....	120
ЛАБОРАТОРНАЯ ДИАГНОСТИКА ИНСУЛИНРЕЗИСТЕНТНОСТИ В ХОДЕ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ОСМОТРОВ	
Булыгина Д.А., Оразбаева К.Б. ....	120
ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ЭЛЕКТРОКИНЕТИЧЕСКИХ ПАРАМЕТРОВ ЭРИТРОЦИТОВ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ПАТОЛОГИЙ, ОБУСЛОВЛЕННЫХ НАРУШЕНИЕМ КЛЕТОЧНОЙ ПРОЛИФЕРАЦИИ	
Макарова М.Н., Барина О.Ю., Бесчастнова Е.С. ....	121
СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ СВОЙСТВА ЭРИТРОЦИТАРНЫХ МЕМБРАН ЭРИТРОЦИТОВ И ИХ ИЗМЕНЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ПАНКРЕАТИТОМ В УСЛОВИЯХ ТРАДИЦИОННОЙ ТЕРАПИИ	
Зозуля А.Ю., Азарова Ю.Э. ....	121
МОДЕЛЬ ДЛЯ ИЗУЧЕНИЯ ИММУННОГО ОТВЕТА НА ФИБРИЛЛЫ БЕТА2-МИКРОГЛОБУЛИНА	
Поляков Д.С. ....	121
HIGH-RESOLUTION MAPPING OF HUMAN BRAIN METABOLITES BY FREE INDUCTION DECAY (1)H MRSI AT 7T	
Ачимпонг Бенедикт ....	122
HIGH RESOLUTION SODIUM IMAGING OF HUMAN BRAIN AT 7T	
Ачимпонг Бенедикт ....	122
HYPOACTIVE SEXUA DESIRE DISORDER IN WOMEN: AN EVOLVING UNDERSTANING	
Sharifah Nafeesa Shazana ....	122
THE ENGINEERED THYMIDYLATE KINASE (TMPK)/AZT ENZYME-PRODRUG AXIS OFFERS EFFICIENT BYSTANDER CELL KILLING FOR SUICIDE GENE THERAPY OF CANCER	
Ивовари Ивонн Фергусон ....	122
HIGHLY-ACCELERATED QUANTITATIVE 2D AND 3D LOCALIZED SPECTROSCOPY WITH LINEAR ALGEBRAIC MODELING (SLAM) AND SENSITIVITY ENCODING	
Шакирова Г.Ф. ....	123

## ВНУТРЕННИЕ БОЛЕЗНИ

О НЕКОТОРЫХ АСПЕКТАХ ВЗАИМООТНОШЕНИЙ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ И ПАЦИЕНТОВ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ	
Самигуллина А.Р. ....	123
РОЛЬ ИНФОРМИРОВАННОСТИ ПАЦИЕНТА В ПРОГНОЗЕ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА	
Карабаев Б.А. ....	124
БЛОКАТОРЫ РЕЦЕПТОРОВ АНГИОТЕНЗИНА II В ЛЕЧЕНИИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ	
Якубова А.Ш., Горелкин И.В. ....	124
РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА ДИАБЕТИЧЕСКОЙ ГАСТРОПАТИИ У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1 ТИПА	
Фаттахова Д.С. ....	124
РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА ДИАБЕТИЧЕСКОЙ АВТОНОМНОЙ КАРДИОВАСКУЛЯРНОЙ НЕЙРОПАТИИ У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1 ТИПА	
Мухарямов Р.Р. ....	125
СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА РОЛИ ТРАДИЦИОННЫХ И БОЛЕЗНЬ-ОБУСЛОВЛЕННЫХ ФАКТОРОВ РИСКА В РАЗВИТИИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ	
Х.Р. Махмудов, М. Шодибек ....	125
ОСОБЕННОСТИ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОГО ИММУННОГО ОТВЕТА К КИШЕЧНОЙ МИКРОБИОТЕ У ПАЦИЕНТОВ С ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ КИШЕЧНИКА, ПОЛУЧАВШИХ БИОЛОГИЧЕСКУЮ ТЕРАПИЮ	
Мухаметова Д.Д., Афанасьева Т.Ю. ....	125
ИЗМЕНЕНИЕ ДОЗ ИНСУЛИНА НА ПРОТЯЖЕНИИ БЕРЕМЕННОСТИ У БОЛЬНЫХ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1 ТИПА, НАХОДЯЩИХСЯ НА ПОМПОВОЙ ИНСУЛИНОТЕРАПИИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ НАСЛЕДСТВЕННОЙ ОТЯГОЩЕННОСТИ ПО САХАРНОМУ ДИАБЕТУ 2 ТИПА	
Шарипова Ю.У., Алиметова З.Р. ....	126
ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ПОЧЕК У БЕРЕМЕННЫХ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1 ТИПА С ОТСУТСТВИЕМ ПРИЗНАКОВ ПОРАЖЕНИЯ ПОЧЕК В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СТЕПЕНИ КОМПЕНСАЦИИ УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА	
Шарипова Ю.У., Алиметова З.Р. ....	126
ОЦЕНКА ВЗАИМООТНОШЕНИЙ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ И РОДСТВЕННИКОВ ПАЦИЕНТОВ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ	
Гилязова Д.М., Богомоллова К.И. ....	126



ПРОБЛЕМЫ ВЗАИМООТНОШЕНИЙ МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА И ПАЦИЕНТОВ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ Гилязова Д.М. ....	127
РОЛЬ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПЕРОКСИДАЦИИ ЛИПИДОВ И БЕЛКОВ В ПАТОГЕНЕЗЕ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ В СОЧЕТАНИИ С ХРОНИЧЕСКИМ ПАНКРЕАТИТОМ	
Телеки Я.М., Олиных О.Ю., Гончарук Д.А. ....	127
ДИАГНОСТИКА ИШЕМИЧЕСКОЙ НЕФРОПАТИИ У БОЛЬНЫХ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА Богданова А.Р. ....	128
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЭНАЛАПРИЛА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У БОЛЬНЫХ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ Хафизов И.Р. ....	128
КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА НЕПРОТЕИНУРИЧЕСКОГО ВАРИАНТА ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ НЕФРОПАТИИ Саубанова Э.И. ....	128
ОЦЕНКА ПРИВЕРЖЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЮ БОЛЬНЫХ С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ Левитан А.И. ....	129
ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ САХАРНОГО ДИАБЕТА У БОЛЬНЫХ С ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ Бахтеева Ф.Р., Сионская Д.М., Кокарева Е.А. ....	129
КЛИНИКО – ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ХРОНИЧЕСКОГО ОПИСТОРХОЗА У ЖИТЕЛЕЙ КРАСНОЯРСКОГО КРАЯ Кобылкова М.А., Дедина М.С., Талатанова О.Ю. ....	130
ИЗУЧЕНИЕ ПРОБЛЕМЫ ОБОСНОВАННОСТИ ВЫЗОВОВ СКОРОЙ ПОМОЩИ С КАРДИОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ Гизатуллин Р.Р., Карпова Л. ....	130
ИЗУЧЕНИЕ НОЗОЛОГИЧЕСКИХ ФОРМ БОЛЬНЫХ ИНФЕКЦИОННОГО ПРОФИЛЯ С СОПУТСТВУЮЩЕЙ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ Поликарпова Ю., Галиева З. ....	130
ШКОЛЫ ЗДОРОВЬЯ ПО ИБС: ВОЗМОЖНОСТЬ ВТОРИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ Афандиева Г.З. ....	131
МОНОЦИТАРНЫЙ ХЕМОТАКСИЧЕСКИЙ ПРОТЕИН-1 У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ РАЗНОГО ФУНКЦИОНАЛЬНОГО КЛАССА С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА Нарижная А.В., Рындина Н.Г. ....	131
ОСОБЕННОСТИ КАРДИОГЕМОДИНАМИКИ ПРИ КОМОРБИДНОЙ ПАТОЛОГИИ – ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ И САХАРНОМ ДИАБЕТЕ 2 ТИПА Шалимова А.С. ....	132
ВЗАИМОПОНИМАНИЕ ВРАЧА И ПАЦИЕНТА ПО ОТНОШЕНИЮ К ХРОНИЧЕСКОМУ ЗАБОЛЕВАНИЮ - АНКИЛОЗИРУЮЩИЙ СПОНДИЛИТ Мясоутова Э.Р. ....	132
ЧТО ДУМАЕТ О СВОЕМ ЗАБОЛЕВАНИИ ПАЦИЕНТ С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ? ПОНИМАЕТ ЛИ ЕГО ВРАЧ? Гусманова Л.Р. ....	132
DISTRIBUTION OF TARGET ORGANS DAMAGE AMONG MENOPAUSAL WOMEN WITH AND WITHOUT INAPPROPRIATELY HIGH LEFT VENTRICULAR MASS Salvi D.R. ....	133
ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ПОЧЕК У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК 3-5 СТАДИИ В ПРОСПЕКТИВНОМ МНОГОЛЕТНЕМ НАБЛЮДЕНИИ Архипов Е.В. ....	133
АПОПТОЗ ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ Цуров Х.М. ....	133
СКРИНИНГОВОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ НАРУШЕНИЙ СНА У БОЛЬНЫХ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА Рябкова А.С., Зыкина М.Н. ....	134
СИМПТОМАТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА В УСЛОВИЯХ ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКИ В РТ Древина Ю.Э., Древин Д.М. ....	134
СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ И ПСИХИЧЕСКОГО СТАТУСА ПАЦИЕНТОВ С ЯЗВЕННЫМ КОЛИТОМ И БОЛЕЗНЬЮ КРОНА Бодрягина Е.С. ....	135
СТРАТЕГИИ ПРЕОДОЛЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛИ У ПАЦИЕНТОВ С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ ПРИ НАЛИЧИИ ИЛИ ОТСУТСТВИИ НЕЙРОПАТИЧЕСКОЙ БОЛИ Муслимова Е.В. ....	135
КЛУБОЧКОВАЯ И КАНАЛЬЦЕВАЯ ДИСФУНКЦИЯ У БОЛЬНЫХ С ПОДАГРОЙ БЕЗ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК Уразаева Л.И., Халфина Т.Н. ....	135
НАРУШЕНИЕ ВНЕШЕСЕКРЕТОРНОЙ ФУНКЦИИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ Митушева Э.И. ....	136
ДИНАМИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ТЕНДИНИТОВ РОТАТОРНОЙ МАНЖЕТЫ ПЛЕЧЕВОГО СУСТАВА В РУТИННОЙ АМБУЛАТОРНОЙ ПРАКТИКЕ Бухарова Е.Я. ....	136
НАРУШЕНИЕ УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТОМ ПОСЛЕ ПУЛЬС-ТЕРАПИИ ГЛЮКОКОРТИКОИДАМИ Мусина Л.И., Нуруллина Г.И., Хуснутдинова Л.А. ....	136
ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У БОЛЬНЫХ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКОЙ Хуснутдинова Л.А., Фарук Мохаммад ....	137
АНАЛИЗ ОСЛОЖНЕНИЙ ЧКВ ПРИ РАЗЛИЧНОЙ АНТИАГРЕГАНТНОЙ ТЕРАПИИ Магамедкеримова Ф.А., Губайдуллина К.Д. ....	137
КОМБИНИРОВАННАЯ ТЕРАПИЯ РИТУКСИМАБОМ И НПВП ПРИ АНКИЛОЗИРУЮЩЕМ СПОНДИЛИТЕ В СРАВНЕНИИ С МОНОТЕРАПИЕЙ НПВП И СОЧЕТАННЫМ ПРИМЕНЕНИЕМ НПВП И ИНГИБИТОРОВ ФНО-? Протопопов М.С., Кунст М.А., Сухорукова Е.В. ....	138
ЭФФЕКТИВНОСТЬ РИТУКСИМАБА У ПАЦИЕНТОВ С АНКИЛОЗИРУЮЩИМ СПОНДИЛИТОМ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ДЕПЛЕЦИИ CD-20 ЛИМФОЦИТОВ Протопопов М.С., Кунст М.А., Сухорукова Е.В. ....	138
РОЛЬ ЭНДОТОКСИНА И АНТИЭНДОТОКСИНОВОГО ИММУНИТЕТА ПРИ ЯЗВЕННОМ КОЛИТЕ Мухаметова Д.Д. ....	138

ОСОБЕННОСТИ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОГО ИММУННОГО ОТВЕТА К КИШЕЧНОЙ МИКРОБИОТЕ У ПАЦИЕНТОВ С ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ КИШЕЧНИКА, ПОЛУЧАВШИХ БИОЛОГИЧЕСКУЮ ТЕРАПИЮ	
Мухаметова Д.Д., Афанасьева Т.Ю. ....	139
БЛОКАТОРЫ РЕЦЕПТОРОВ АНГИОТЕНЗИНА II В ЛЕЧЕНИИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ	
Якубова А.Ш., Горелкин И.В. ....	139
РОЛЬ ИНФОРМИРОВАННОСТИ ПАЦИЕНТА В ПРОГНОЗЕ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА	
Карабаев Б.А. ....	139
СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ПРОЕКТНО-ОРИЕНТИРОВАННОГО И ТРАДИЦИОННОГО ПОДХОДОВ В ПРЕПОДАВАНИИ ДИСЦИПЛИНЫ «ВНУТРЕННИЕ БОЛЕЗНИ» СТУДЕНТАМ И ИНТЕРНАМ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА (ОПЫТ ВНЕДРЕНИЯ ПАЛАТНЫХ КОМАНД)	
Кунст М.А., Шамсутдинова Н.Г. ....	140
ИЗМЕНЕНИЕ ДОЗ ИНСУЛИНА НА ПРОТЯЖЕНИИ БЕРЕМЕННОСТИ У БОЛЬНЫХ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1 ТИПА, НАХОДЯЩИХСЯ НА ПОМПОВОЙ ИНСУЛИНОТЕРАПИИ	
Шарипова Ю.У., Ахметзянова Т.Н. ....	140

## ВОССТАНОВИТЕЛЬНАЯ МЕДИЦИНА

ОЖИРЕНИЕ И ОБРАЗ ЖИЗНИ	
Панченко Е.В. ....	141
АМБУЛАТОРНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ С ВЕСТИБУЛЯРНЫМ ГОЛОВОКРУЖЕНИЕМ	
Гумерова Л.Р., Ситдинов Р.Ш. ....	141
ОРГАНИЗАЦИЯ И ПРОВЕДЕНИЕ РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ ПРОГРАММ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ	
Абдуллаев В.В., Бикчурин Н.М. ....	141
ВРАЧЕБНЫЙ КОНТРОЛЬ ЗА ФУНКЦИОНАЛЬНЫМ СОСТОЯНИЕМ И ФИЗИЧЕСКОЙ ПОДГОТОВЛЕННОСТЬЮ ШКОЛЬНИКОВ, ОБУЧАЮЩИХСЯ ПО СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫМ ПРОГРАММАМ	
Бикчурин Н.М. ....	142
РЕГРЕСС ЧУВСТВИТЕЛЬНЫХ ПОЛИНЕЙРОПАТИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ У БОЛЬНЫХ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ I И II ИНСУЛИНОПОТРЕБНОГО ТИПОВ ПРИ ПРИМЕНЕНИИ ЧЕТЫРЕХКАМЕРНОЙ ГАЛЬВАНИЧЕСКОЙ ВАННЫ	
Васильева Е.В. ....	142
ОСОБЕННОСТИ РЕГРЕССА БОЛЕВОГО СИНДРОМА ПРИ ПРИМЕНЕНИИ ДИАДИНАМОТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ С ВЕРТЕБРОГЕННЫМИ ПОЯСНИЧНО-КРЕСТЦОВЫМИ КОРЕШКОВЫМИ ПОРАЖЕНИЯМИ В СТАДИИ РЕГРЕССА	
Васильева Е.В. ....	142
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ОБЩЕЙ ГАЛЬВАНИЗАЦИИ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЕВОГО СИНДРОМА У БОЛЬНЫХ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ I И II ИНСУЛИНОПОТРЕБНОГО ТИПОВ С КЛИНИЧЕСКИМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ СИММЕТРИЧНОЙ ДИСТАЛЬНОЙ ПОЛИНЕЙРОПАТИИ	
Васильева Е.В. ....	143
ОСОБЕННОСТИ РЕГРЕССА БОЛЕВОГО СИНДРОМА У БОЛЬНЫХ С ВЕРТЕБРОГЕННЫМИ КОРЕШКОВЫМИ ПОРАЖЕНИЯМИ ПОЯСНИЧНО-КРЕСТЦОВОГО УРОВНЯ ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ ПОДВОДНОГО ВЫТЯЖЕНИЯ	
Шаронова М.Н. ....	143
ДИНАМИКА БОЛЕВЫХ, ВЕРТЕБРАЛЬНЫХ И РАДИКУЛЯРНЫХ ПОРАЖЕНИЙ У БОЛЬНЫХ С ВЕРТЕБРОГЕННЫМИ РАДИКУЛЯРНЫМИ ПОЯСНИЧНО-КРЕСТЦОВЫМИ ПОРАЖЕНИЯМИ НА РАЗЛИЧНЫХ ВЕРТЕБРАЛЬНЫХ УРОВНЯХ ПРИ ПРИМЕНЕНИИ ПОДВОДНОЙ ТРАКЦИИ	
Шаронова М.Н. ....	143
РОЛЬ КЛИНИКО-НЕЙРОВИЗУАЛИЗАЦИОННОГО СОПОСТАВЛЕНИЯ КИСТ ЗАДНЕЙ ЧЕРЕПНОЙ ЯМКИ ДЛЯ ОЦЕНКИ РИСКА РАЗВИТИЯ ЭПИЛЕПСИИ И ОПТИМИЗАЦИИ МЕР ПРОФИЛАКТИКИ И РЕАБИЛИТАЦИИ ЭТОЙ ГРУППЫ ПАЦИЕНТОВ	
Аюпова Г.С. ....	144
ОПТИМИЗАЦИЯ РЕАБИЛИТАЦИИ В СЛУЧАЯХ СОЧЕТАНИЯ КИСТОЗНОЙ АНОМАЛИИ ГОЛОВНОГО МОЗГА И ЗАДНЕЙ-ЧЕРЕПНОЙ ЯМКИ С ПРОЯВЛЕНИЯМИ ЭПИЛЕПСИИ И АУТИЗМА	
Аюпова Г.С. ....	144
ДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЕ ПРИМЕНЕНИЕ РАЗЛИЧНЫХ ШКАЛ, ИСПОЛЬЗУЕМЫХ ДЛЯ ОЦЕНКИ РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ПОТЕНЦИАЛА У БОЛЬНЫХ С ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ИНСУЛЬТОМ В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ	
Маркова Э.Э. ....	145
ВРАЧЕБНЫЙ КОНТРОЛЬ ЗА ФУНКЦИОНАЛЬНЫМ СОСТОЯНИЕМ И ФИЗИЧЕСКОЙ ПОДГОТОВЛЕННОСТЬЮ ШКОЛЬНИКОВ, ОБУЧАЮЩИХСЯ ПО СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫМ ПРОГРАММАМ	
Бикчурин Н.М. ....	145
ДИНАМИКА БОЛЕВЫХ, ВЕРТЕБРАЛЬНЫХ И РАДИКУЛЯРНЫХ ПОРАЖЕНИЙ У БОЛЬНЫХ С ВЕРТЕБРОГЕННЫМИ РАДИКУЛЯРНЫМИ ПОЯСНИЧНО-КРЕСТЦОВЫМИ ПОРАЖЕНИЯМИ НА РАЗЛИЧНЫХ ВЕРТЕБРАЛЬНЫХ УРОВНЯХ ПРИ ПРИМЕНЕНИИ ПОДВОДНОЙ ТРАКЦИИ	
Шаронова М.Н. ....	145
АМБУЛАТОРНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ С ВЕСТИБУЛЯРНЫМ ГОЛОВОКРУЖЕНИЕМ	
Гумерова Л. Р., Ситдинов Р.Ш. ....	146
ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОТЫ РЕАБИЛИТАЦИОННОЙ ПОМОЩИ НА УРОВНЕ СРЕДНЕГО МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА БОЛЬНЫМ С ТРАВМАМИ ВЕРХНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ	
Горшунова Ю.Н. ....	146
КОМОРБИДНОСТЬ И ПРОГРАММЫ ОЗДОРОВИТЕЛЬНОЙ ГИМНАСТИКИ	
Гилфанова А.А., Яковлева А.П. ....	146

## ГИГИЕНА

"ДЕТСКОЕ" ПИТАНИЕ	
Фаезова А.Г., Петрова Р.Б. ....	147
ВЛИЯНИЕ КАЧЕСТВА ПИТЬЕВОЙ ВОДЫ НА ПОКАЗАТЕЛИ ЗДОРОВЬЯ ЧЕЛОВЕКА	
Шанбаева А.Б. ....	147
ГИГИЕНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ДЕТСКИХ ОДНОРАЗОВЫХ ПОДГУЗНИКОВ	
Бартова Н.А., Гапсаламова Р.А. ....	147

РЕЖИМ ДНЯ КАК ОСНОВА ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ СТУДЕНТОВ	
Идрисова А.Р., Шарипова Д.М., Ситдикова А.Т. ....	148
ГИГИЕНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПРОФИЛАКТИКИ ГИПОДИНАМИИ У БЕРЕМЕННЫХ	
Ахметзянов А.Ш. ....	148
ОЦЕНКА ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ НАСЕЛЕНИЯ САРАТОВСКОЙ ОБЛАСТИ	
Сергеева Е.С., Идрисов Р.Р. ....	148
ИОНИЗИРУЮЩЕЕ ИЗЛУЧЕНИЕ, ОСНОВНЫЕ ЭФФЕКТЫ И МЕХАНИЗМЫ ВОЗДЕЙСТВИЯ НА ОРГАНИЗМ ЧЕЛОВЕКА	
Мавлютова Р.А. ....	149
ГИГИЕНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ИЗУЧЕНИЯ ВОЗДЕЙСТВИЯ МАЛЫХ ДОЗ ИОНИЗИРУЮЩЕГО ИЗЛУЧЕНИЯ НА ОРГАНИЗМ ЧЕЛОВЕКА	
Мавлютова Г.Х. ....	149
СБОР, УДАЛЕНИЕ И ПЕРЕРАБОТКА ОТХОДОВ БОЛЬШОГО ГОРОДА	
Валеева Р.Р., Латыпова А.А. ....	150
СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ЛЕСНЫХ РЕСУРСОВ В ОРШАНСКОМ РАЙОНЕ РЕСПУБЛИКИ МАРИЙ ЭЛ	
Ефремова А.И. ....	150

## ГИГИЕНА ПИТАНИЯ, ГИГИЕНА ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

МОНИТОРИНГ НЕКОТОРЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ШКОЛЬНИКОВ Г.НИЖНЕГО НОВГОРОДА (1980-2012 ГГ.)	
Киселева А.С., Ковальчук С.Н. ....	151
ПРОФИЛАКТИКА НАРУШЕНИЙ НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ШКОЛЬНИКОВ	
Костина М.В., Симкина А.Ю. ....	151
ПИТАНИЕ СТУДЕНТОВ АО "МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ АСТАНА"	
Абдулдаева А.А., Досжанова Г.Н., Ахметова К.М. ....	151
ОСОБЕННОСТИ ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ СТУДЕНТОВ КАЗАНСКОГО ГМУ	
Шолина Н.В., Бакирова Д.Р., Зиятдинов А.И. ....	152
ВЛИЯНИЕ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО ОБУЧЕНИЯ ШКОЛЬНИКА НА КОНЦЕПЦИЮ ФОРМИРОВАНИЯ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ.	
Гомзина Е.Г., Титова С.А. ....	152
ПОЛУВЕКОВОЙ ТРЕНД ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ Г. КАЗАНИ	
Бакирова Д.Р., Имамов Л.А., Белякова Е.В. ....	152
ОБРАЩАЕМОСТЬ НАСЕЛЕНИЯ ЗА СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩЬЮ С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИЕЙ	
Алдатова Д.Б. ....	153
АБОРТЫ СРЕДИ ДЕВУШЕК-ПОДРОСТКОВ РЕСПУБЛИКИ ТАТАРСТАН	
Исмагилова С.Ш., Шолина Н.В., Сабурская Т.В. ....	153
ПИЩЕВЫЕ РАЦИОНЫ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ КОЗЬЕГО МОЛОКА И ПРОДУКТОВ ЕГО ПЕРЕРАБОТКИ В ПИТАНИИ ДЕТЕЙ С ПИЩЕВОЙ АЛЛЕРГИЕЙ	
Каримов И.А., Артамонова А.А., Гомзина Е.Г. ....	154
ОТНОШЕНИЕ МОЛОДЕЖИ РЕСПУБЛИКИ СЕВЕРНАЯ ОСЕТИЯ-АЛАНИЯ К НАРКОМАНИИ	
Дарчиева Ж.П., Габанова З.О., Алдатова Д.Б. ....	154
СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ ЮНОШЕЙ ПОДРОСТКОВ ДОПРИЗЫВНОГО ВОЗРАСТА Г. БИШКЕК	
Максутов Т.Р., Атамбаева Р.М. ....	154
ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА РЕПРОДУКТИВНОГО ПОТЕНЦИАЛА ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ ПО РЕЗУЛЬТАТАМ МЕДИЦИНСКОГО ОСМОТРА	
Исакова Ж.К., Атамбаева Р.М. ....	155
ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ПИЩЕВОГО СТАТУСА ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ УЧАЩИХСЯ В СОЦИАЛЬНО КУЛЬТУРНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ КР	
Керимбаева И.Б., Атамбаева Р.М. ....	155
АНАЛИЗ ФАКТИЧЕСКОГО ПОТРЕБЛЕНИЯ ЭНЕРГИИ С СУТОЧНЫМИ ЭНЕРГОЗАТРАТАМИ ЮНЫХ СПОРТСМЕНОВ	
Цивинская Т.А., Атамбаева Р.М. ....	155

## ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЯ

РОЛЬ ДЕМОДЕКСА В ТЕРАПИИ ПАЦИЕНТОВ С АКНЕ	
Зайдуллина Т.Р., Хайретдинова К.Ф. ....	156
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ СРЕДСТВ ЛЕЧЕБНОЙ КОСМЕТИКИ «АЙСИДА» В НАРУЖНОЙ ТЕРАПИИ АКНЕ	
Усикова М.Н. ....	156
СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА ОСОБЕННОСТИ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ АНДРОГЕНЕТИЧЕСКОЙ АЛОПЕЦИИ У ЖЕНЩИН НА РАННИХ ЭТАПАХ ЗАБОЛЕВАНИЯ	
Шиляева О.Е., Нам А.В. ....	157
СХЕМА НИЗКИХ ДОЗ ПРИ ЛЕЧЕНИИ АКНЕ СИСТЕМНЫМ ИЗОТРЕТИНОИНОМ	
Хайретдинова К.Ф., Зайдуллина Т.Р. ....	157
ИССЛЕДОВАНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ МЕСТНОГО ПРИМЕНЕНИЯ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ACNE VULGARIS	
Яцун А.С. ....	157
ЭНТОМОДЕРМАТОСКОПИЯ-НОВЫЙ НЕИНВАЗИВНЫЙ МЕТОД ДИАГНОСТИКИ ЧЕСОТКИ	
Ткаченко Д.В. ....	158
ВЛИЯНИЕ ТРАДИЦИОННОЙ ТЕРАПИИ НА СОСТОЯНИЕ ФУНКЦИЙ РАЗНОЙ МОДАЛЬНОСТИ У БОЛЬНЫХ РОЗАЦЕА	
Ткачева О.Ю. ....	158
К ВОПРОСУ ОЦЕНКИ ИЗМЕНЕНИЙ ИММУНОМЕТАБОЛИЧЕСКОГО СТАТУСА БОЛЬНЫХ КРАСНЫМ ПЛОСКИМ ЛИШАЕМ С ПОРАЖЕНИЕМ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА	
Силин Д.С., Есипова Е.А. ....	159



КОМОРБИДНЫЕ СОСТОЯНИЯ У БОЛЬНЫХ ПСОРИАЗОМ	
Матвеева Н.А. ....	159
ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ КОМБИНИРОВАННОЙ ФОТОТЕРАПИИ (ПУВА С УФА – 1) В ЛЕЧЕНИИ ТЯЖЁЛЫХ ФОРМ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА У ВЗРОСЛЫХ	
Старостенко В.В. ....	159
КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ УФА-1 ТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ ГНЁЗДНОЙ АЛОПЕЦИИ У ДЕТЕЙ	
Старостенко В.В. ....	160
ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПОЛИМЕРНОГО ГИДРОГЕЛЯ «ВИТИСКИН» В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ВИТИЛИГО	
Старостенко В.В. ....	160
ЗНАЧЕНИЕ УРОВНЯ БЕТА-ЭНДОРФИНОВ В ПАТОГЕНЕЗЕ РОЗАЦЕА	
Неговелова А.В., Иванцова Д.С., Исаева О.И. ....	160
ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ МИКРОБНОЙ ЭКЗЕМОЙ НА ФОНЕ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ	
Кашаева А.И., Миняева Д.В., Абдрахимова Н.А. ....	161
К 150-ЛЕТИЮ СО ДНЯ РОЖДЕНИЯ ПРОФЕССОРА КАФЕДРЫ ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИИ В.Ф. БУРКСДОРФА: НЕИЗВЕСТНЫЕ ФРАГМЕНТЫ БИОГРАФИИ	
Леухин Р.В., Рагимова А.А. ....	161
КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ПСОРИАЗА У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ	
Осипова М.С. ....	161
АНАЛИЗ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЙ СИТУАЦИИ И ДИНАМИКА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ СИФИЛИСОМ НА ТЕРРИТОРИИ КУРСКОЙ ОБЛАСТИ	
Тарасова Е.А. ....	162
АНАЛИЗ ФАКТОРОВ РИСКА, ЭТИОЛОГИИ И КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ ТОКСИКОДЕРМИИ	
Усманова А.Р., Губаева Д.Н., Давыдов Ю.В. ....	162
ЛАБОРАТОРНО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ МИКОЗОВ	
Закирова А.А. ....	163
НОРМОЦЕНОЗ ВЛАГАЛИЩА КАК ПОКАЗАТЕЛЬ ЖЕНСКОГО ЗДОРОВЬЯ	
Быкова Н.Е. ....	163
СИНДРОМ СТИВЕНСА-ДЖОНСОНА И СИНДРОМ ЛАЙЕЛА: ЭТИОЛОГИЧЕСКИЕ И ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ	
Рустамов М.Н., Аббасов У.И. ....	163
ХРОНИЧЕСКИЕ ДЕРМАТОЗЫ В ПРАКТИКЕ ВРАЧА-ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГА	
Габелко К.Н. ....	164

## ДЕТСКАЯ ХИРУРГИЯ

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ТРИВЕНТРИКУЛОЦИСТЕРНОСТОМИИ	
Шахбазова Э.С. ....	164
ЭНДОВИДЕОХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДЕТЕЙ С КИСТОЗНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПОЧЕК	
Гармонова О.А. ....	165
ПРИНЦИПЫ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ, ЛЕЧЕНИЯ И ПРОФИЛАКТИКИ СЕПСИСА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА	
Зиганшин И.М. ....	165
ЛАЗЕРНОЕ И МЕДИКАМЕНТОЗНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ГЕАНГИОМ У ДЕТЕЙ	
Нурмеева А.Р., Миролубов А.Л., Ибрагимов С.В. ....	165
ОСОБЕННОСТИ ВЫБОРА ЭНЕРГЕТИЧЕСКИХ ПАРАМЕТРОВ ВНУТРИСОСУДИСТОЙ ЛАЗЕРНОЙ КОАГУЛЯЦИИ ВАРИКОЗНО РАСШИРЕННЫХ ВЕН	
Миролубов А.Л., Ибрагимов С.В., Нурмеева А.Р. ....	166
НОВЕЙШИЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ	
Хакимьянов А.И., Умаров Н.А. ....	166
ГЕМОДИНАМИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ СЛОЖНЫХ ПОРОКОВ СЕРДЦА ПО ФОНТЕНУ	
Байрамов И.И. ....	166
ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ЕДИНОГО ЭНДОВИДЕОХИРУРГИЧЕСКОГО ДОСТУПА ПРИ ЛЕЧЕНИИ И ДИАГНОСТИКЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ РЕПРОДУКТИВНОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ	
Галлямова А.И. ....	167
РАССТРОЙСТВА МОЧЕИСПУСКАНИЯ У ДЕТЕЙ ПОСЛЕ ПЛАСТИКИ СПИННОМОЗГОВЫХ ГРЫЖ ПОЯСНИЧНО-КРЕСТЦОВОЙ ОБЛАСТИ	
Гараев А.Т. ....	167
ВОЗМОЖНОСТЬ ПРОВЕДЕНИЯ ОДНОЭТАПНОЙ КОРРЕКЦИИ ПОЛОВОЙ СИСТЕМЫ У ДЕВОЧЕК С НАРУШЕНИЕМ ФОРМИРОВАНИЯ ПОЛА	
Убушиев А.В., Вафина З.И. ....	167
ЭНДОВИДЕОХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ КИСТОЗНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПОЧЕК У ДЕТЕЙ	
Байбиков Р.С., Гармонова О.А. ....	168
ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ДИСТАЛЬНЫХ ФОРМ ГИПОСПАДИИ У МАЛЬЧИКОВ	
Флегонтов А.Н., Петров Р.Д. ....	168
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ТОРАКОСКОПИИ В КОРРЕКЦИИ АТРЕЗИИ ПИЩЕВОДА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА	
Кривошеин Г.А., Нам А.В. ....	168
НОВЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ГЕАНГИОМ У ДЕТЕЙ	
Умаров Н.А., Хакимьянов А.И. ....	169
ОСОБЕННОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ДЕТЕЙ С НАРУШЕНИЕМ ФОРМИРОВАНИЯ ПОЛА	
Закиров А.К. ....	169
РЕПРОДУКТИВНЫЙ СТАТУС МУЖЧИН ПОСЛЕ КЛАССИЧЕСКОЙ ГЕРНИОПЛАСТИКИ ПРИ ПАХОВОЙ ГРЫЖЕ, ВЫПОЛНЕННОЙ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ	
Омаров Т.И., Галлямова А.И. ....	169
ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ГЕМАТОГЕННОГО МЕТАЭПИФИЗАРНОГО ОСТЕОМИЕЛИТА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА	
Сабирова Л.А., Семенова М.В. ....	170

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОГО ГЕМАТОГЕННОГО ОСТЕОМИЕЛИТА У НОВОРОЖДЕННЫХ	
Семенова М.В., Сабирова Л.А., Кузьмина М.О. ....	170
ПЕРВЫЙ ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ АЛЛОПЛАНТА В СЕРДЕЧНОЙ ХИРУРГИИ	
Аверьянов В.В. ....	170
ОТОПЛАСТИКА У ДЕТЕЙ	
Аверьянов В.В. ....	171
СТРУКТУРА ХИРУРГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПРИ ОБСТРУКТИВНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ МОЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ	
Семенова М.В., Сабирова Л.А. ....	171
ОПТИМИЗАЦИЯ ДИАГНОСТИКИ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ СЕРДЦА У НОВОРОЖДЕННЫХ	
Петров С.А. ....	171
ВОЗМОЖНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ СЛОЖНЫХ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ СЕРДЦА ПО СРЕДСТВУ ОПЕРАЦИЙ НОРВУДА И ДАМУСА-КЕЯ-СТЕНСЕЛА	
Салахов А.М., Юнусова Э.Ф. ....	172
ПОВТОРНЫЕ ОПЕРАЦИИ ПОСЛЕ КОРРЕКЦИИ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ СЕРДЦА	
Калинин И.В. ....	172
БОЛЕЗНЬ КРОНА: СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА В РАЗЛИЧНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУППАХ	
Бикбов Б.Ш., Хасанов Э.Р. ....	172
НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ЗАБОЛЕВАНИЯ ГИДРОНЕФРОЗА У ДЕТЕЙ	
Анисимова В.О. ....	173
ЛЕЧЕНИЕ ВНЕПЕЧЕНОЧНОЙ ФОРМЫ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ	
Хусаенов А.И. ....	173

## ИЗЫСКАНИЕ И ИЗУЧЕНИЕ НОВЫХ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ

ПОКАЗАТЕЛИ СИСТЕМЫ ПО ЖИВОТНЫХ С ЦЕРЕБРАЛЬНОЙ ИШЕМИЕЙ ПРИ НАЗНАЧЕНИИ НЕКОТОРЫХ СОЕДИНЕНИЙ L-ЛИЗИНА	
Егоров А.А., Цыс А.В. ....	173
К МЕТОДИКЕ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ОТЕКА ЛАПКИ КРЫС ПРИ МОДЕЛИРОВАНИИ ВОСПАЛЕНИЯ	
Ильин Д.А. ....	174
ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЖЕЛЕЗОСОДЕРЖАЩЕГО ЛЕКАРСТВЕННОГО ПРЕПАРАТА В КАЧЕСТВЕ ПОТЕНЦИАЛЬНОГО МРТ-КОНТРАСТИРУЮЩЕГО ВЕЩЕСТВА	
Петрова А.А., Ганиятова Р.Р. ....	174
ИЗУЧЕНИЕ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ СВОЙСТВ ГИДРАЗОНОВ ДИМЕФОСФОНА	
Кашапов Л.Р., Ильин Д.А. ....	174
ВЛИЯНИЕ НЕЗАМЕНИМОЙ АМИНОКИСЛОТЫ И ЕЕ НАТРИЕВОЙ СОЛИ НА ЯЗВООБРАЗОВАНИЕ, ВЫЗВАННОЕ ЭТАНОЛОМ И ИНДОМЕТАЦИНОМ	
Игнатъева Л.А., Каримова Д.Р., Ильин Д.А. ....	175
ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНАЯ ОЦЕНКА ГАСТРОПРОТЕКТОРНОЙ АКТИВНОСТИ L-МЕТИОНИНА И ЛИТИЯ L- МЕТИОНИНАТА НА МОДЕЛИ ИНДОМЕТАЦИНОВОЙ ЯЗВЫ ЖЕЛУДКА	
Ульянина Л.Р., Ильин Д.А., Каримова Д.Р. ....	175
ИЗУЧЕНИЕ ВЛИЯНИЯ ТЕРАПИИ ЛИПОВОЙ КИСЛОТОЙ НА ГЕМАТОЛОГИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ	
Гайнетдинова А.Н., Иманаева А.Я. ....	176
ПСИХОТРОПНЫЕ ЭФФЕКТЫ 4-ХЛОРФЕНИЛ(ГИДРАЗИНОАЦИЛ)ФОСФИНОВОЙ КИСЛОТЫ И ЕЕ НАТРИЕВОЙ СОЛИ	
Габдрахманова М.Р. ....	176
ИЗУЧЕНИЕ АНТИМИКРОБНЫХ СВОЙСТВ НОВЫХ ВЕЩЕСТВ И ИХ КОМБИНАЦИЙ С АНТИБИОТИКАМИ	
Солёнова Е.А., Драндров Д.Г. ....	176

## ИММУНОЛОГИЯ И АЛЛЕРГОЛОГИЯ

ПРОТОЧНАЯ ЦИТОМЕТРИЯ В ОПРЕДЕЛЕНИИ CD-МАРКЕРОВ У БОЛЬНЫХ ГЕМОБЛАСТОЗАМИ	
Артемьева Д.В., Короткова А.С. ....	177
ИММУННЫЙ СТАТУС И ПРИВЕРЖЕННОСТЬ К ВАКЦИНОПРОФИЛАКТИКЕ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО ФАКУЛЬТЕТА	
Петрова Т.А. ....	177
КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ЛЕКАРСТВЕННОЙ АЛЛЕРГИИ У БОЛЬНОГО С ГЕРПЕСВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ	
Тихонова О.А. ....	177
КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ АТОПИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПЫЛЬЦЕВОЙ ЭТИОЛОГИИ У ЖИТЕЛЕЙ РАЗЛИЧНЫХ РАЙОНОВ РЕСПУБЛИКИ ТАТАРСТАН	
Гайнуллина Г.Р. ....	178
ПОБОЧНЫЕ ЛЕКАРСТВЕННЫЕ РЕАКЦИИ КАК ПРИЧИНА РАЗВИТИЯ ТОКСИКОДЕРМИИ	
Губаева Д.Н., Усманова А.Р. ....	178
СПЕЛЕОТЕРАПИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ	
Рустамов М.Н., Аббасов У.И. ....	178
ЭФФЕКТИВНОСТЬ АЛЛЕРГЕНСПЕЦИФИЧЕСКОЙ ИММУНОТЕРАПИИ У ДЕТЕЙ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ	
Агеева Г.Р. ....	179
СИНДРОМ СТИВЕНСА-ДЖОНСОНА У РЕБЕНКА С АТОПИЕЙ	
Галеев В.А. ....	179
КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ НЕЙТРОПЕНИИ У ДЕТЕЙ	
Ефимова Е.П. ....	180
СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ СЕНСИБИЛИЗАЦИИ К ГРИБКОВЫМ АЛЛЕРГЕНАМ У ДЕТЕЙ И ВЗРОСЛЫХ	
Козлов А.Е., Петранина Е.А., Ивлиев А.В. ....	180

КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ И МАРКЕРЫ СИСТЕМНОГО ВОСПАЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ ТЯЖЕЛОГО ТЕЧЕНИЯ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ТАБАКОКУРЕНИЯ	
Локтионова М.М., Соловьева И.А., Крапошина А.Ю. ....	180
ИММУНОСУПРЕССИВНОЕ ДЕЙСТВИЕ ЦИТОСТАТИКА ЦИКЛОФOSFAN НА ФАГОЦИТИРУЮЩИЕ ЛЕЙКОЦИТЫ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ IN VITRO	
Тройнич Я.Н. ....	181
ОЦЕНКА МОРФОЛОГИЧЕСКОГО И ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ЭПИТЕЛИЯ ПРИ ДИСБИОЗЕ ВЛАГАЛИЩА	
Тройнич Я.Н. ....	181
ИЗМЕНЕНИЯ ЛЕЙКОЦИТАРНОГО СОСТАВА КРОВИ И СТРУКТУРЫ ТИМУСА ПРИ ИММУНОСУПРЕССИИ	
Пантелеев А.Н., Лебединская Е.А., Тройнич Я.Н. ....	181
ОСОБЕННОСТИ ЦИТОКИНОВОГО ПРОФИЛЯ СТИМУЛИРОВАННЫХ АДЕНОЗИНОМ МОНОЦИТОВ IN VITRO.	
Невская К.В., Иванюк Е.Э., Иккерт О.П. ....	182
МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ СЕЛЕЗЁНКИ КРЫС ПРИ ИНДУЦИРОВАННОЙ ИММУНОСУПРЕССИИ	
Вронский А.С. ....	182
БИОХИМИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ СОДЕРЖИМОГО ЗУБНОГО КАНАЛА ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ПЕРИОДОНТИТЕ	
Сайдазимов Б.Ш. ....	182

## ИНФЕКЦИОННЫЕ БОЛЕЗНИ

ТОКСОКАРОЗ ВИСЦЕРАЛЬНАЯ ФОРМА	
Ткачева Е.С. ....	183
АНАЛИЗ РАБОТЫ ИНФЕКЦИОННОЙ СЛУЖБЫ РЕСПУБЛИКИ ТАТАРСТАН	
Гинятуллин Р.Р. ....	183
НЕСТАБИЛЬНОСТЬ ГЕНОМА У БОЛЬНЫХ РОЖЕЙ	
Айбатова Г.И. ....	184
ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ДИРОФИЛЯРИОЗА У СОБАК	
Демченко Е.Н. ....	184
КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЭХИНОКОККОЗА	
Юнусова З.Р. ....	184
АНАЛИЗ СТАЦИОНАРНЫХ СЛУЧАЕВ ОСТРОГО ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА В	
Кинжаева С.Х., Беляева Й.И. ....	185
ПРОТИВОВИРУСНАЯ ТЕРАПИЯ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ГЕПАТИТОМ С, НЕ ОТВЕТИВШИХ НА ПРЕДЫДУЩЕЕ ЛЕЧЕНИЕ	
Габдрахимова А.Р. ....	185
ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ И КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА А В УСЛОВИЯХ ВСПЫШЕЧНОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ	
Замалиева Н.Ф. ....	185
ЦИТОКИНОВЫЙ СТАТУС ПАЦИЕНТОВ НА РАННИХ СРОКАХ ИНФИЦИРОВАНИЯ ВИЧ	
Гольц М.Л., Манапова Э.Р., Бешимов А.Т. ....	186
БОТУЛИЗМ, ТЯЖЕЛОЕ ТЕЧЕНИЕ (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)	
Гайзатуллин Р.Р., Адылова А.Н. ....	186
БОРЬБА С «ЧЕРНОЙ СМЕРТЬЮ»: ОТ ОБОРОНЫ К НАПАДЕНИЮ	
Шакурова М.Ф. ....	187
ПОКАЗАТЕЛИ МАЛООНОВОГО ДИАЛЬДЕГИДА У БОЛЬНЫХ ГАСТРОЭНТЕРИТИЧЕСКИМ ВАРИАНТОМ ТЕЧЕНИЯ САЛЬМОНЕЛЛЕЗА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ ИНФЕКЦИОННОГО ПРОЦЕССА	
Бережнова В.В. ....	187
БЕШЕНСТВО. ИСТОРИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ	
Ильина О.А., Иванова Е.Н. ....	187
КЛИНИКО-ИММУНОЛОГИЧЕСКАЯ И ВИРУСОЛОГИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ АРВТ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СТАРТОВОГО УРОВНЯ CD4 ЛИМФОЦИТОВ	
Олейник А.Ф. ....	188
АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ РОЖЕЙ В РЕСПУБЛИКИ ТАТАРСТАН	
Кнни К.С. ....	188
ЗАВИСИМОСТЬ АКТИВНОСТИ КАТАЛАЗЫ ОТ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ У БОЛЬНЫХ САЛЬМОНЕЛЛЕЗОМ ГАСТРОЭНТЕРИТИЧЕСКОГО ВАРИАНТА	
Мухутдинова Э.А., Музибуллин А.Н. ....	188
ПЕРИНАТАЛЬНАЯ ИММУНОПРОФИЛАКТИКА ГЕПАТИТА «В»	
Хасанов Р.М. ....	189
КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ HBeAg-ПОЗИТИВНОГО ГЕПАТИТА В	
Сафин А.Р., Трофимова К.В. ....	189
ДИРОФИЛЯРИОЗ ЧЕЛОВЕКА В АСТРАХАНСКОЙ ОБЛАСТИ	
Заплетина Н.А., Стулов А.С., Филиппова В.М. ....	189
МНИМЫЕ ПАРАЗИТОЗЫ	
Заплетина Н.А., Филиппова В.М., Стулов А.С. ....	190
ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ МАЛЯРИИ В АСТРАХАНСКОЙ ОБЛАСТИ	
Заплетина Н.А., Филиппова В.М., Стулов А.С. ....	190
МОДИФИЦИРОВАННЫЙ СПОСОБ ДИАГНОСТИКИ ДИРОФИЛЯРИОЗА У ЖИВОТНЫХ	
Аракельян А.С. ....	190
КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЭНТЕРОВИРУСНЫХ МЕНИНГИТОВ У ДЕТЕЙ	
Фидоренко А.А. ....	191
ГЛАЗНОЙ ДИРОФИЛЯРИОЗ	
Глебова А.А., Золотенкова А.Н., Заплетина Н.А. ....	191
СОЦИАЛЬНО-КЛИМАТИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ, ИГРАЮЩИЕ РОЛЬ В РАСПРОСТРАНЕНИИ МАЛЯРИИ НА ТЕРРИТОРИИ АСТРАХАНСКОЙ ОБЛАСТИ	
Золотенкова А.Н., Глебова А.А., Заплетина Н.А. ....	192

ПАРАЗИТАРНЫЕ ПОРАЖЕНИЯ ГЕПАТОБИЛИАРНОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ	
Заплетина Н.А. ....	192
АМЕБИАЗ ЧЕЛОВЕКА В АСТРАХАНСКОЙ ОБЛАСТИ	
Горинова Ю.А. ....	192
ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ МАЛЯРИИ У ДЕТЕЙ	
Кузьмичев Б.Ю., Глебова А.А., Золотенкова А.Н. ....	193
ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ ЩУЧЬЕЙ ИКРЫ	
Скворцова Ю.Н. ....	193
ТОКСОКАРОЗ ЧЕЛОВЕКА В АСТРАХАНСКОЙ ОБЛАСТИ	
Лебедева Д.А., Алимурзоева Р.М. ....	193
СИТУАЦИЯ ПО ВИЧ-ИНФЕКЦИИ В АСТРАХАНСКОЙ ОБЛАСТИ	
Сапахова Е.Х., Буткеева А.А. ....	194
ХАРАКТЕРИСТИКА ЭПИДЕМИЧЕСКИХ ОЧАГОВ ПРИ МАЛЯРИИ	
Филиппова В.М., Заплетина Н.А., Стулов А.С. ....	194
ИСТОРИЯ И СОВРЕМЕННОСТЬ КАФЕДРЫ ДЕТСКИХ ИНФЕКЦИЙ КГМУ	
Гилязова Д.М. ....	194
КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ АНГИН	
Луговская Ю.В. ....	195
ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ОСТРЫХ КИШЕЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ БАКТЕРИАЛЬНОЙ И ВИРУСНОЙ ЭТИОЛОГИИ	
Чемич О.Н. ....	195
ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ШИГЕЛЛЕЗА У ДЕТЕЙ С СОПУТСТВУЮЩЕЙ ПАТОЛОГИЕЙ	
Валиуллина А.Н., Хасанова Э.А. ....	195
ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ МЕНИНГИТОВ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА	
Габдуллина Г.И. ....	196
ОЦЕНКА ТЕРАПИИ БРОНХООБСТРУКТИВНОГО СИНДРОМА У ДЕТЕЙ	
Панькив А.Н. ....	196
ХРОНИЧЕСКИЕ ГЕРПЕСВИРУСНЫЕ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ, АССОЦИИРОВАННЫЕ СИНДРОМЫ	
Файзрахманова Ч.Ф. ....	197
ГЕРПЕСВИРУСНАЯ ИНФЕКЦИЯ У ДЕТЕЙ И СИНДРОМ ХРОНИЧЕСКОЙ УСТАЛОСТИ	
Умаров Н.А., Мутиева А.В. ....	197
ГЕРПЕСВИРУСНАЯ ИНФЕКЦИЯ У ДЕТЕЙ: КЛИНИЧЕСКИЕ ФОРМЫ, КРИТЕРИИ ДИАГНОСТИКИ	
Пиржанова Е.Н., Загирова И.Ф. ....	197
КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ ПАРАЛЛЕЛИ ИНФЕКЦИИ, ОБУСЛОВЛЕННОЙ ВИРУСОМ ГЕРПЕСА ЧЕЛОВЕКА 6 ТИПА У ДЕТЕЙ	
Халиуллина Д.Ф. ....	198
КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЭНТЕРОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ	
Александрова Т.А. ....	198
СЛУЧАЙ ТЯЖЕЛОЙ ФОРМЫ ВЕТРЯНОЙ ОСПЫ	
Маннанова А.Х., Фазлиева А.Р. ....	198
СВЯЗЬ ПОЛИМОРФИЗМОВ ГЕНА ТОЛЛ-ЛАЙК РЕЦЕПТОРА 4 И ПРОГРЕССИРОВАНИЯ ВИЧ – ИНФЕКЦИИ	
Акчурина Л.Б. ....	199
КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ВИЧ-АССОЦИИРОВАННОГО ПОРАЖЕНИЯ ЦНС	
Гилязова Д.М. ....	199
КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЭНТЕРОВИРУСНЫХ МЕНИНГИТОВ У ДЕТЕЙ	
Фидоренко А.А. ....	200
ПАРАЗИТАРНЫЕ ПОРАЖЕНИЯ ГЕПАТОБИЛИАРНОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ	
Заплетина Н.А. ....	200
ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ МАЛЯРИИ У ДЕТЕЙ	
Кузьмичев Б.Ю., Глебова А.А., Золотенкова А.Н. ....	200
ОТЛИЧИЯ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ У ДЕТЕЙ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА ПРИ ДИЗЕНТЕРИИ ФЛЕКСНЕРА 2А	
Гимбатова Д.Ш. ....	201
ВЛИЯНИЕ ВАКЦИНАЦИИ ПРОТИВ ПНЕВМОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИИ НА ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ДЕТЕЙ	
Ильина О.А., Бережнова В.В. ....	201

## ИСТОРИЯ ОТЕЧЕСТВА

АНАТОМ И ИСТОРИК МЕДИЦИНЫ АКАДЕМИК ВАСИЛИЙ НИКОЛАЕВИЧ ТЕРНОВСКИЙ	
Павлова Л.О. ....	201
ПАНОРМОВ АЛЕКСЕЙ АЛЕКСАНДРОВИЧ (1859 - 1927): ДОКТОР, УЧЕНЫЙ, ЧЕЛОВЕК	
Михайлова Л.Р. ....	202
ВЕЛИКИЙ УЧЁНЫЙ С.С. ЗИМНИЦКИЙ – ПАТРИОТ, ПОЭТ, МУЗЫКАНТ	
Хабибулина А.Р. ....	202
ВЫПУСКНИК КАЗАНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА ПРОФЕССОР СТЕПАН ЯКОВЛЕВИЧ СТРЕЛКОВ – ОСНОВАТЕЛЬ ИЖЕВСКОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ШКОЛЫ	
Столбова М.С. ....	202
ИСТОРИЯ ХАРЬКОВСКОГО НАЦИОНАЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА	
Помогайбо Е.Г. ....	203
ЦИВИЛИЗАЦИОННОЕ ВЛИЯНИЕ РИМА НА ИСТОРИЮ РОССИИ	
Краснов А.Е., Кириллов Н.Д. ....	203
ТОМСКАЯ ШКОЛА ПАТОФИЗИОЛОГОВ	
Полетика В.С. ....	204
МИСЛАВСКИЙ НИКОЛАЙ АЛЕКСАНДРОВИЧ	
Надеева Д.Б., Сабирова А.И. ....	204
УЧЕНИКИ ТАТАРСТАНА В 20-е ГОДЫ XX В.	
Абдуллаев Ш.П. ....	204

Н.М. МАЛИЕВ И А.С. ДОГЕЛЬ - ПРЕДСТАВИТЕЛИ ТОМСКОЙ ШКОЛЫ МОРФОЛОГОВ	
Попов Ю.А. ....	205
АКАДЕМИК С.В. АНИЧКОВ. ОТ СТУДЕНЧЕСТВА К ВЕРШИНАМ ФАРМАКОЛОГИИ	
Идрисова А.Р. ....	205
СКАНДОВСКИЙ КАК ПЕРВЫЙ РУССКИЙ ПРОФЕССОР В КАЗАНСКОМ УНИВЕРСИТЕТЕ	
Древин Д.М. ....	205
ОСНОВАТЕЛЬ РОССИЙСКОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ШКОЛЫ Н.В. СКЛИФОВСКИЙ (1836-1904): ОДЕССКИЙ ПЕРИОД ЖИЗНИ И ДЕЯТЕЛЬНОСТИ	
Голубова Н.А. ....	206
НИКОЛАЙ II: ТРАГЕДИЯ ЛИЧНОСТИ	
Галиуллина И.Р., Щукина А.В. ....	206
ВЛИЯНИЕ ЧУМЫ НА ПАДЕНИЕ ЗОЛОТОЙ ОРДЫ	
Мищенко А.Н., Мякина А.В., Мороз А.Ю. ....	206
К 25-ЛЕТИЮ ВЫВОДА СОВЕТСКИХ ВОЙСК ИЗ АФГАНИСТАНА	
Гамисония Д.Э., Сафина И.И., Асадуллина Г.Т. ....	207
ПРОФЕССОР ЗАВАДСКИЙ ИГОРЬ ВЛАДИМИРОВИЧ: КАЗАНСКИЙ ПЕРИОД РАБОТЫ	
Мухаметова Д.Д. ....	207
ЭТАП ОРГАНИЗАЦИИ И ФОРМИРОВАНИЯ ЦЕНТРА МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ И МЕДИЦИНСКОЙ НАУКИ В КАЗАНИ	
Шамсутдинова Н.Г., Халфина Т.Н., Хуснутдинова Л.А. ....	207
«ЗОЛОТОЙ ВЕК» КАЗАНСКОЙ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ШКОЛЫ	
Хуснутдинова Л.А., Шамсутдинова Н.Г. ....	208
КАЗАНСКОЕ НАУЧНОЕ СООБЩЕСТВО И САРАТОВСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ: АРХИТЕКТОНИКА СВЯЗИ	
Суворов В.В. ....	208
КАЗАНСКАЯ ТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ ШКОЛА В ВОЕННОЕ И ПОСЛЕВОЕННОЕ ВРЕМЯ	
Нуруллина Г.И., Кириллова Э.Р. ....	209
КАЗАНСКАЯ ТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ ШКОЛА В ДОВОЕННЫЙ ПЕРИОД	
Нуруллина Г.И., Кириллова Э.Р. ....	209
НОВЫЙ ВЗГЛЯД НА ГЕНЕЗИС «ПОГРОМА БАСУРМЕН» 1262 Г.	
Галимов Т.Р. ....	209
ЭТАПЫ СТАНОВЛЕНИЯ И РАЗВИТИЯ КАЗАНСКОЙ ШКОЛЫ ТЕРАПЕВТОВ	
Халфина Т.Н. ....	210
ЭВОЛЮЦИЯ ПРЕПОДАВАНИЯ ТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ ДИСЦИПЛИН ВО ВРЕМЕННОМ СРЕЗЕ	
Шамсутдинова Н.Г. ....	210

## КАНЦЕРОГЕННАЯ ОПАСНОСТЬ: РЕАЛИИ И ПЕРСПЕКТИВЫ

РАЗВИТИЕ ПРОСТАТОПАТИЙ ВО ВЗАИМОСВЯЗИ С ФАКТОРАМИ ТРУДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ	
Мисюкевич Н.Д. ....	211
ОЦЕНКА ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ РИСКОВ ДЛЯ ЗДОРОВЬЯ У РАБОТНИКОВ РЕЗИНОТЕХНИЧЕСКОГО ПРОИЗВОДСТВА	
Михеева А.А., Матвеев Д.В. ....	211
ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ ДОЛГОЛЕТИЕ. МЕДИКО-БИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ	
Яванова А.В., Ситдинов А.Р. ....	211
ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ НАСЕЛЕНИЯ ГОРОДА КАЗАНИ	
Сафаргалиева А.Р., Гильманова Г.Ш., Ахтямова Л.А. ....	211
ВОПРОСЫ СОЦИАЛЬНОГО ВЗРОСЛЕНИЯ ПОДРОСТКОВ	
Косоротова Е.С., Гимадиев А.Ф. ....	212
САНИТАРНО-ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА УСЛОВИЙ ТРУДА ВАЛЬЦОВЩИКОВ	
Семенов В.П., Сабирова И.Ш. ....	212
ТЕХНОЛОГИИ МАШИНОСТРОИТЕЛЬНОГО ПРОИЗВОДСТВА. ТЯЖЕЛОЕ МАШИНОСТРОЕНИЕ.	
Ионова У.А., Лысенко А.И. ....	212
КАНЦЕРОГЕННАЯ ОПАСНОСТЬ В УСЛОВИЯХ МАШИНОСТРОИТЕЛЬНОГО ПРОИЗВОДСТВА	
Давыдов М.И., Гильманова Г.Ш. ....	213
ВРЕДНОЕ ВОЗДЕЙСТВИЕ ХИМИЧЕСКИХ ВЕЩЕСТВ В НЕФТЕХИМИЧЕСКОЙ ПРОМЫШЛЕННОСТИ	
Канашов Р.Н., Ахтямова Л.А. ....	213
РИСК ОТ ВОЗДЕЙСТВИЯ ХИМИЧЕСКИХ ВЕЩЕСТВ В УСЛОВИЯХ АВТОМОБИЛЕСТРОЕНИЯ	
Ильдарханов Р.Р., Балабанова Л.А. ....	213
КАНЦЕРОГЕННЫЕ ФАКТОРЫ ОСНОВНЫХ ПРОИЗВОДСТВ В МАШИНОСТРОЕНИИ	
Курицина Е.В., Сабирова И.Ш., Гильманова Г.Ш. ....	213
УРОВНИ КАНЦЕРОГЕННОГО РИСКА ОТ ИЗОЛИРОВАННОГО ВОЗДЕЙСТВИЯ БЕНЗАПИРЕНА	
Иванова Т.В., Матвеев Д.В., Вазинов И.К. ....	214
КАНЦЕРОГЕННЫЙ РИСК РАБОТНИКОВ МЕХАНИЧЕСКОГО ПРОИЗВОДСТВА	
Сабирова А.Р., Балабанова Л.А., Иванова М.К. ....	214
МЕТОДИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ОЦЕНКИ КАНЦЕРОГЕННОЙ ОПАСНОСТИ	
Агьямов В.Ф., Лысенко А.И., Ситдинов А.Р. ....	214
ОЦЕНКА КАНЦЕРОГЕННОГО РИСКА ДЛЯ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ КРУПНОГО ПРОМЫШЛЕННОГО ГОРОДА	
Ахтямова Л.А. ....	214
ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА КАНЦЕРОГЕННОЙ И РЕПРОДУКТИВНОЙ ОПАСНОСТИ В УСЛОВИЯХ МАШИНОСТРОИТЕЛЬНОГО ПРОИЗВОДСТВА	
Гильманова Г.Ш. ....	215

## КАРДИОЛОГИЯ

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ФАРМАКОЭКОНОМИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ ГИПОЛИПИДЕМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ИБС	
Корогодина Т.В., Звягина М.В. ....	215

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ Строкова О.А. ....	216
ГИПОЛИПИДЕМИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ- РЕАЛЬНОСТЬ АМБУЛАТОРНОЙ ПРАКТИКИ Patil Vivek Damodar .....	216
INFLUENCE OF BILOBIL FORTE ON COGNITIVE FUNCTION OF HYPERTENSIVE PATIENTS Rahate Rahul .....	216
EVALUATION OF QUALITY OF LIFE OF PATIENTS WITH ARTERIAL HYPERTENSION AFTER COURSE OF BILOBIL FORTE Harde Vishal Madhuka .....	217
ПОКАЗАТЕЛИ КАРДИОТРОПНЫХ АУТОАНТИТЕЛ У ДЕТЕЙ С АРИТМИЯМИ Чиликина Ю.М., Сергеева Е.В. ....	217
КОМБИНИРОВАННЫЙ ПРЕПАРАТ «АСКОРИЛ» ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЮ ЛЕГКИХ И ОЦЕНКА ЕГО КЛИНИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ Королёва М.Е. ....	217
КОГНИТИВНЫЕ НАРУШЕНИЯ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ Сафиуллина А.Р. ....	218
ВЫЯВЛЕНИЕ ПРИЗНАКОВ КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ В СОЧЕТАНИИ С АНЕМИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ Сафиуллина А.Р., Жидяевский А.Г. ....	218
ИДЕНТИФИКАЦИЯ СПОРТСМЕНОВ ЭКСТРА-КЛАССА НА ОСНОВЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ВАРИАБЕЛЬНОСТИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА Каримов А.Ф. ....	218
ВРЕМЯ ДО ПЧКВ – КЛЮЧЕВОЙ ФАКТОР ИСХОДА ПРИ ОСТРОМ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА С ПОДЪЕМОМ ST Иванцов Е.Н. ....	219
ВОПРОСЫ АТЕРОСКЛЕРОЗА И АТЕРОМАТОЗА В ТРУДАХ УЧЁНЫХ КГМУ Гайнуллина Г.Р. ....	219
ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОРОНАРОГРАФИИ В УСЛОВИЯХ КАРДИОЛОГИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА Габдрахманова М.Р. ....	220
СЛУЧАЙ УСПЕШНОГО ЛОКАЛЬНОГО ТРОМБОЛИЗИСА ПРИ ТЭЛА Кочегарова И.М. ....	220
ФАКТОРЫ РИСКА ПОВТОРНОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА У ПАЦИЕНТОВ С РАНЕЕ ПРОВЕДЕННОЙ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИЕЙ МИОКАРДА Сафина А.И. ....	220

## ЛИНГВИСТИКА

ЭТИМОЛОГИЯ СЛОВА «ПАЦИЕНТ» В РУССКОМ ЯЗЫКЕ Альшиблауи Ахмед .....	221
МУСУЛЬМАНСКИЕ ИМЕНА В ТЮРСКО-ТАТАРСКОЙ АНТРОПНИМИЧЕСКОЙ СИСТЕМЕ Валиева Г.Р. ....	221
СИНОНИМЫ СЛОВА «ЛЕКАРСТВО»: ОТТЕНКИ ЗНАЧЕНИЙ Сами Абдельрахман .....	222
СЕДИМЕНТАЦИОННЫЙ АНАЛИЗ СУСПЕНЗИИ АМОКСИЦИЛЛИН 250 МГ/5 МЛ Зубенко А.В., Боровский Б.В. ....	222
НАБУХАНИЕ ВЫСОКОМОЛЕКУЛЯРНЫХ ВЕЩЕСТВ Асташкина М.А., Боровский Б.В. ....	222
ФАРМАЦЕВТИЧЕСКАЯ ТЕРМИНОЛОГИЯ Фадхил Ахмед .....	223
СИНОНИМЫ СЛОВА «БОЛЬНИЦА» В РУССКОМ ЯЗЫКЕ Гавандэ Джей .....	223
МЕДИЦИНСКИЕ ТЕРМИНЫ-МИФОЛОГИЗМЫ Кумар Аджит .....	223
ВКЛАД А.П.ПОЦЕЛУЕВСКОГО В РАЗВИТИЕ ЛИНГВИСТИКИ ТУРКМЕНСКОГО ЯЗЫКА Бабаев Б. ....	224
МНОГООБРАЗИЕ, ФУНКЦИИ И ЗНАЧЕНИЕ ПОСЛОВИЦ И ПОГОВОРОВ (НА ПРИМЕРЕ ИНДИЙСКИХ ПОСЛОВИЦ) Хатке Шреник Шиваджи, Камбале Акшай Сухас .....	224
СРАВНЕНИЕ СИСТЕМ СЛУЖЕБНЫХ СЛОВ ВО ФРАНЦУЗСКОМ И РУССКОМ ЯЗЫКАХ Кабилов Р.Р. ....	225
РОЛЬ АНГЛИЙСКОГО ЯЗЫКА В ПРОФЕССИИ ПРОВИЗОРА-ФАРМАЦЕВТА Неганова А., Плотнокова А. ....	225
АНГЛИЙСКИЕ ЗАИМСТВОВАНИЯ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОЙ ТЕРМИНОЛОГИИ В РУССКОМ ЯЗЫКЕ Клюс Д.Д. ....	225
СИНТАКСИЧЕСКИЕ ФУНКЦИИ ПРИЛАГАТЕЛЬНЫХ В РУССКОМ И НЕМЕЦКОМ ЯЗЫКАХ Солдатова Е.Е. ....	226
УПОТРЕБЛЕНИЕ ПЕРФЕКТА И ПРЕТЕРИТУМА В СОВРЕМЕННОМ НЕМЕЦКОМ ЯЗЫКЕ Андрюхина Ю.М. ....	226
ИЛЕБЕЗДЭ ФИЗИК БЕЛЕМ ЫМ ТЭРБИЯ БИРУГЭ НИГЕЗ САЛГАН ГАЛИМ Мусаева С.Р. ....	227
ТРУДНОСТИ ИРАНСКИХ СТУДЕНТОВ ПРИ УПОТРЕБЛЕНИИ ПАДЕЖА В РУССКОМ ЯЗЫКЕ Эльмаграби Али Ахмед .....	227
ТРУДНОСТИ ПРИ УПОТРЕБЛЕНИИ ПРЕДЛОГОВ В ДАТЕЛЬНОМ ПАДЕЖЕ Аль Адали Ахмед Сали .....	227
ФОНЕТИЧЕСКАЯ ИНТЕРФЕРЕНЦИЯ ПРИ ИЗУЧЕНИИ РУССКОГО ЯЗЫКА ТУРКМЕНСКИМИ СТУДЕНТАМИ Атаева Солтангозель .....	228
НАРОДНАЯ МЕДИЦИНА И НАРОДНЫЕ СРЕДСТВА ЛЕЧЕНИЯ Тайво Темидайо Джери .....	228



К ВОПРОСУ ОБ ОБУЧЕНИИ ТУРКМЕНСКИХ СТУДЕНТОВ РУССКОМУ УДАРЕНИЮ	
Нургельдиева Тавус .....	229
ЮТОГБА ЕНДОН-ГОНБО - ТИБЕТСКИЙ МЕДИК	
Патхан Билал .....	229
ПО ЗОВУ СЕРДЦА: ВЕЛИКИЙ ВРАЧ АЗЕРБАЙДЖАНА	
Мурадов Камиль .....	229
АЛЬТЕРНАТИВНАЯ МЕДИЦИНА В ИЗРАИЛЕ	
Силенок Александр .....	230
ИСТОРИЯ РАЗВИТИЯ АРОМОЛОГИИ В ДРЕВНЕМ ЕГИПТЕ	
Мабрук Амр Мабрук .....	230
ЯЗЫКИ ИСЛАМСКОЙ РЕСПУБЛИКИ АФГАНИСТАН	
Шуджазада Талиха .....	231
ДРЕВНЕИНДИЙСКАЯ ХИРУРГИЯ («СУШРУТА - САМХИТА»)	
Дешпанде Неха .....	231
АРАБСКИЕ ЗАИМСТВОВАНИЯ В РУССКОМ ЯЗЫКЕ	
Альжанати Нур Хасан .....	231
К ВОПРОСУ О ПРОИСХОЖДЕНИИ ЛАТИНСКИХ НАЗВАНИЙ НЕКОТОРЫХ ЛЕКАРСТВЕННЫХ РАСТЕНИЙ	
Владимирова С.М. ....	232
ФРАЗЕОЛОГИЗМЫ В РУССКОМ И ЛАТИНСКОМ ЯЗЫКАХ: ДИАЛОГ КУЛЬТУР	
Краснов А.Е. ....	232
НЕОЛОГИЗМЫ В ЛАТИНСКОМ ЯЗЫКЕ	
Гаязова А.Х. ....	233
ИСТОРИЯ РАЗГОВОРНОЙ ЛАТЫНИ	
Бурханова Р.Р. ....	233
ЭВФЕМИЗМЫ В ЛЕКСИКЕ СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЫ	
Зиннурова А.Ф., Тагирова Л.И. ....	233
К ВОПРОСУ О ВЗАИМОДЕЙСТВИИ ЯЗЫКА И КУЛЬТУРЫ	
Таравалли Д.О. ....	234
ГЛАГОЛЬНЫЕ ОБРАЗОВАНИЯ В РАЗГОВОРНОЙ РЕЧИ АЗЕРБАЙДЖАНЦЕВ С ЗАИМСТВОВАННЫМИ ЭЛЕМЕНТАМИ ИЗ РУССКОГО ЯЗЫКА	
Саламова Ш. ....	234
ИНДИЙСКИЕ МОТИВЫ В ПРОИЗВЕДЕНИЯХ А.С. ПУШКИНА	
Раджу Л. ....	235
М.Ю. ЛЕРМОНТОВ И АЗЕРБАЙДЖАН	
Ширинов Э. ....	235
ФРАЗЕОЛОГИЗМЫ В РУССКОМ И АРАБСКОМ ЯЗЫКАХ	
Лаири Ю. ....	235
ФОРМУЛЫ ОБЩЕНИЯ В ТАТАРСКОМ ЯЗЫКЕ: ОБРАЩЕНИЯ, ПОЗДРАВЛЕНИЯ И ПОЖЕЛАНИЯ.	
Артемова А.О. ....	236
ВЛИЯНИЕ ЛАТИНСКОГО ЯЗЫКА НА АНГЛИСКИЙ ЯЗЫК	
Галимова Л.Ф. ....	236
УПОТРЕБЛЕНИЕ ОПРЕДЕЛЕННОГО И НЕОПРЕДЕЛЕННОГО АРТИКЛЕЙ С МЕДИЦИНСКИМИ ТЕРМИНАМИ В АНГЛИЙСКОМ ЯЗЫКЕ	
Шамсутдинов Д.А. ....	237
КОЙТЕНДАГ ( КУГИТАНГТАУ) – НАЦИОНАЛЬНОЕ ДОСТОЯНИЕ ТУРКМЕНИИ	
Сапармырадова Ш. ....	237
АНАБИОЗ В ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОЙ ТЕРМИНОЛОГИИ	
Порфирьева Н.Н. ....	237
МЕДИЦИНАДА ТАТАРЛАРДАН БЕРЕНЧЕ ПРОФЕССОР	
Аверьянова Д.Е. ....	238
ТРАДИЦИИ УЗБЕКИСТАНА	
Курамбоева М. ....	238
ГРАММАТИЧЕСКИЕ И ЛЕКСИЧЕСКИЕ НОРМЫ РУССКОГО ЛИТЕРАТУРНОГО ЯЗЫКА	
Сейитмурадов А. ....	238
ФОНЕТИЧЕСКИЕ СИСТЕМЫ РУССКОГО И ИНДОАРИЙСКИХ ЯЗЫКОВ	
Солунке Рашми .....	239
ПРОИСХОЖДЕНИЕ РУССКИХ ИМЕН	
Эспитна Джонни .....	239
К ВОПРОСУ О ПРОИСХОЖДЕНИИ НЕКОТОРЫХ АНАТОМИЧЕСКИХ ТЕРМИНОВ	
Салиев У.Б. ....	239
К ВОПРОСУ О ПРОИСХОЖДЕНИИ НАЗВАНИЙ РАСТЕНИЙ: ТИПОЛОГИЯ И СВОЙСТВА	
Кириллов Н.Д. ....	240
ОСОБЕННОСТИ ДРЕВНЕИНДИЙСКОЙ МИФОПОЭТИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ МИРА	
Упадхийай С. ....	240
РЕЛИГИОЗНЫЕ И ФИЛОСОФСКИЕ ТЕРМИНЫ В БХАГАВАТ-ГИТЕ	
Чеван Майан Виджей .....	240
СИМВОЛИКА ОГНЯ В ИНДИЙСКОЙ КУЛЬТУРЕ И У ВОСТОЧНЫХ СЛАВЯН	
Сингх Рамджи Кумар .....	241
ФУНКЦИОНИРОВАНИЕ АББРЕВИАТУР В СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЕ	
Сидоркин А.А. ....	241
БЕЗЭКВИВАЛЕНТНАЯ ЛЕКСИКА В СОСТАВЕ ИНДИЙСКОГО СВАДЕБНОГО ОБРЯДА	
Бхируд Никита, Шинде Никита .....	241
ФЕНОМЕН ТВОРЧЕСТВА БОБА МАРЛИ В НАЦИОНАЛЬНОЙ КУЛЬТУРЕ ЯМАЙКИ	
Клэрк Николь .....	242
ИБН СИНА. ЖИЗНЬ И ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ	
Джураев Бахманер .....	242
ЛЕКАРСТВО ОТ СТА БОЛЕЗНЕЙ	
Пенджиева Хумар .....	242
АБУ АЛИ ХУСЕЙН АБДАЛЛАХ ИБН-СИНА	
Мирзоев З., Баймухамедов М. ....	243

ИЗ ИСТОРИИ ОЛИМПЕЙСКИХ ИГР	
Саид Наим Шач, Кемплайн Патрик .....	243
«КАНОН ВРАЧЕБНОЙ НАУКИ» - ГЕНИАЛЬНОЕ ПРОИЗВЕДЕНИЕ АВИЦЕННЫ	
Мирзоев З., Баймухамедов М. ....	243
КАКИМ ДОЛЖЕН БЫТЬ ВРАЧ	
Загаде Вишаха .....	244
ИСТОРИЯ КГМУ	
Розыев М. ....	244
К ВОПРОСУ О ВЛИЯНИИ МУЗЫКИ НА ОРГАНИЗМ	
Соринола Блессинг Адебайо .....	244
ЯЗЫКОВАЯ СИТУАЦИЯ В НИГЕРИИ	
Этим Эммануэль Джозеф .....	245
КАЧЕСТВО МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В ИОРДАНИИ	
Фесал Тарик .....	245
ТЕРМИНЫ-НАЗВАНИЯ РАЗДЕЛОВ МЕДИЦИНЫ И МЕДИЦИНСКИХ СПЕЦИАЛИСТОВ	
Рам Кумар .....	246
ЯЗЫК И МЕНТАЛЬНОСТЬ	
Джоши Абхилаш Сомкувар Сагат .....	246
«СИНОНИМИЯ И АНТОНИМИЯ ФРАЗЕОЛОГИЗМОВ С КОМПОНЕНТОМ «АЯК» В ТАТАРСКОМ ЯЗЫКЕ»	
Шайхутдинова А.А. ....	246
ИСЛАМ ДИНЕ ҺӘМ ГИГИЕНА АСПЕКТЛАРЫ	
Галлямова Г. ....	247
ТАТАР ТЕЛЕНДӘ КИЛЕШЛӘР	
Гимадиева А. ....	247
ТАТАРСКИЕ ФРАЗЕОЛОГИЧЕСКИЕ ПАРАДИГМЫ С КОМПОНЕНТОМ «ГЛАЗ» / «КҮЗ»	
Бадретдинова Д.Ф. ....	247
АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ АНТРОПОНИМИКИ В ТАТАРСКОМ ЯЗЫКЕ	
Валиева Г. ....	248
КАЮМ НАСЫЙРИ ӘСӘРЛӘРЕНДӘ ГАРӘП-ФАРСЫ АЛЫНМАЛАРЫ	
Фархиева Г.В. ....	248
АЗЫК-ТӨЛЕК ЭТИКЕТКАЛАРЫНДА “ТР ХАЛЫКЛАРЫ ТЕЛЛӘРЕ ТУРЫНДАГЫ” ЗАКОННЫҢ ҮТӘЛЕШЕ	
Димухаметова А.И. ....	248
ӘТНӘ РАЙОНЫ АВЫЛЛАРЫ ЧИШМӘЛӘРЕ ТАРИХЫ	
Гараев Д.Р. ....	249
ШАГЫЙРЬ СИБГАТ ХӘКИМ ИҖАТЫ	
Ильясова Л.Р. ....	249

## ЛУЧЕВАЯ ДИАГНОСТИКА И ЛУЧЕВАЯ ТЕРАПИЯ

КОМПЛЕКСНАЯ ЛУЧЕВАЯ ДИАГНОСТИКА ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА	
Сафина Г.Ф. ....	250
КОРОНАРОГЕННЫЕ И НЕКОРОНАРОГЕННЫЕ ЖЕЛУДОЧКОВЫЕ НАРУШЕНИЯ РИТМА СЕРДЦА	
Цыплаков А.Д. ....	250
HIGHLY – ACCELERATED QUANTITATIVE 2D AND 3D LOCALIZED SPECTROSCOPY WITH LINEAR ALGEBRAIC MODELING (SLAM) AND SENSITIVITY ENCODING	
Шакирова Г.Ф. ....	250
ВОЗМОЖНОСТИ НАГРУЗОЧНОЙ ПЕРФУЗИОННОЙ СЦИНТИГРАФИИ МИОКАРДА В ОЦЕНКЕ КОРОНАРНОГО КРОВОТОКА У БОЛЬНЫХ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ	
Измайлова М.А. ....	251
КЛИНИКОЙ-ЭНДОСКОПИЧЕСКОЕ И МОРФОЛОГИЧЕСКОЕ СОПОСТАВЛЕНИЕ ПИЩЕВОДА БАРРЕТА	
Гарифулина М.И., Юсупова А.Ф., Глебашева С.Г. ....	251
АЛГОРИТМ ЛУЧЕВОЙ ДИАГНОСТИКИ ЗАБОЛЕВАНИЙ СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ	
Клементьева А.В. ....	251
ВЫЯВЛЕНИЕ НАРУШЕНИЙ РИТМА СЕРДЦА ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ПЛАНОВОЙ КОРОНАРОГРАФИИ	
Фадеев А.А., Тергулов А.Ю., Фадеев В.А. ....	252
ТРАНСЛЮМИНАЛЬНАЯ БАЛОННАЯ АНГИОПЛАСТИКА СО СТЕНТИРОВАНИЕМ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ ПРИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА И ЖЕЛУДОЧКОВЫХ НАРУШЕНИЙ РИТМА СЕРДЦА	
Фадеев В.А., Тергулов А.Ю., Фадеев А.А. ....	252

## МЕДИЦИНСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ И ПСИХИАТРИЯ

ИССЛЕДОВАНИЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ПОРТРЕТА ЖЕНЩИНЫ, СТРАДАЮЩЕЙ БЕСПЛОДИЕМ	
Приходько К.А. ....	253
ИССЛЕДОВАНИЕ ЭМОЦИОНАЛЬНОЙ СФЕРЫ МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР	
Хакимзянова А.А. ....	253
ВЗАИМОСВЯЗЬ МОТИВАЦИИ И САМООЦЕНКИ У СТУДЕНТОВ	
Никонова В.И. ....	253
ТРЕВОЖНЫЕ И ДЕПРЕССИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА У СТУДЕНТОВ БАШКИРСКОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА	
Абраров Р.А. ....	254
КОГНИТИВНЫЕ НАРУШЕНИЯ ПРИ ШИЗОФРЕНИИ	
Полякова К.Е. ....	254
ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ТИПЫ ЛИЧНОСТИ И КОПИНГ-СТРАТЕГИИ У МЛАДШИХ ШКОЛЬНИКОВ	
Зарипова М.А. ....	254

ИССЛЕДОВАНИЕ ОСОБЕННОСТЕЙ САМООЦЕНКИ ЛИЧНОСТИ У СТУДЕНТОВ	
Пучкина Л.Д. ....	255
ГЕНДЕРНЫЕ СТЕРЕОТИПЫ ФЕМИННОСТИ И МАСКУЛИННОСТИ	
Баранова А.Н. ....	255
СООТНОШЕНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПСИХИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ В РИСУНКАХ И КЛИНИЧЕСКОЙ РЕАЛЬНОСТИ	
Чибирева М.Д. ....	256
АНТИЦИПАЦИОННАЯ СОСТОЯТЕЛЬНОСТЬ В СИСТЕМЕ СТАБИЛИЗАЦИИ ЛИЧНОСТИ МАТЕРЕЙ, ИМЕЮЩИХ ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ	
Боровкова Е.Ю. ....	256
КАЧЕСТВЕННАЯ ЖИЗНЬ БЕЗ ВРЕДНЫХ ПРИВЫЧЕК: ИТОГИ РАБОТЫ КАБИНЕТА ПРОФИЛАКТИКИ ЗАВИСИМОСТЕЙ УГМУ	
Мостовых А.А., Капорейко Ю.В., Хакимова С.А. ....	256
АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ У ЖЕНЩИН ИЗ ЕКАТЕРИНБУРГА, УПОТРЕБЛЯЮЩИХ НАРКОТИКИ	
Капорейко Ю.В., Мостовых А.А., Винс Л.В. ....	257
СИНДРОМ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ У ВРАЧЕЙ	
Симонова Е.Н., Хузина Г.Р. ....	257
ОСОБЕННОСТИ КОПИНГ-ПОВЕДЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ	
Багаутдинов А.Р., Сапронова Т.С. ....	257
MAGNETIC RESONANCE IMAGING (MRI) OF SEXUAL INTERCOURSE: SECOND EXPERIENCE IN MISSIONARY POSITION AND INITIAL EXPERIENCE IN POSTERIOR POSITION	
Sharifah-Nafeesa S.N. ....	258
ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПРИ СУИЦИДАЛЬНОМ ПОВЕДЕНИИ	
Стегунова Н.А., Сагдыев А.И. ....	258

## МИКРОБИОЛОГИЯ

ИЗУЧЕНИЕ ВНУТРИБОЛЬНИЧНОГО ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО НАГНОЕНИЯ РАНЫ, ВЫЗВАННОГО СИНЕГНОЙНОЙ ПАЛОЧКОЙ	
Кириллова М.В. ....	258
ИММУНОГИСТОХИМИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ	
МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ КОЖИ БОЛЬНЫХ ДИАБЕТОМ	
Горшунова Г.Н. ....	259
СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ВЫДЕЛЕНИЯ ВОЗБУДИТЕЛЯ ТУБЕРКУЛЕЗА И ОПРЕДЕЛЕНИЕ ЛЕКАРСТВЕННОЙ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ	
Хамадеева Г.Ф. ....	259
МИКРОБНЫЕ И ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ У БОЛЬНЫХ ПАРОДОНТИТОМ	
Тожиев Ф.И. ....	260
АНТИРАБИЧЕСКАЯ ВАКЦИНА ОТ ЛУИ ПАСТЕРА ДО НАШЕГО ВРЕМЕНИ	
Имангулова А.В. ....	260
ИНФЕКЦИОННАЯ ПРИРОДА ОЖИРЕНИЯ	
Усманова Э.А. ....	260
МИКРОБИОЛОГИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ПЕРИОДОНТИТА	
Жураев Б.Н., Тожиев Ф.И. ....	261
МИКРОБНАЯ ЭТИОЛОГИЯ ЛЕТАРГИЧЕСКОГО СНА	
Сагдиева Г.Ф. ....	261
НЕИЗВЕСТНЫЙ НАУКЕ ВИД БАКТЕРИЙ, ОБНАРУЖЕННЫЙ В СТЕРИЛЬНЫХ ПОМЕЩЕНИЯХ КОСМИЧЕСКИХ АГЕНТСТВ	
Галаутдинова Д.И. ....	261
БАКТЕРИИ В РАДИОЭФИРЕ	
Кашипова Л.Р. ....	262
БАКТЕРИИ, СОЗДАЮЩИЕ ЗОЛОТЫЕ САМОРОДКИ	
Шакуло А.В. ....	262
ИЗУЧЕНИЕ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ ИЗВЛЕЧЕНИЙ ИЗ ЛИСТЬЕВ ШАЛФЕЯ ЛЕКАРСТВЕННОГО И ЭВКАЛИПТА ПРУТОВИДНОГО	
Макарова А.С. ....	262
ВЫЯВЛЕНИЕ МЕТИЦИЛЛИНРЕЗИСТЕНТНЫХ ШТАММОВ STAPHYLOCOCCUS AUREUS ИЗ КЛИНИЧЕСКОГО МАТЕРИАЛА И ОПРЕДЕЛЕНИЕ УСТОЙЧИВОСТИ ИХ К АНТИБАКТЕРИАЛЬНЫМ ПРЕПАРАТАМ	
Кожаринова А.М. ....	263
YERSINIA PSEUDOTUBERCULOSIS КАК ПРЕДКОВАЯ ФОРМА ВОЗБУДИТЕЛЯ ЧУМЫ	
Шакуло А.В. ....	263
RANDORAVIRUS – ОБЛОМОК ЧЕТВЁРТОГО НАДЦАРСТВА ЖИЗНИ?	
Галаутдинова Д.И., Кашипова Л.Р. ....	264
ОПРЕДЕЛЕНИЕ СТЕПЕНИ ЧИСТОТЫ РУК УЧАЩИХСЯ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОГО КОЛЛЕДЖА ДО И ПОСЛЕ ЗАНЯТИЙ	
Мамедова С.Н. ....	264
ПЕРЕНОС МУТАЦИЙ В ГЕНАХ MSAV SERRATIA MARCESCENS В НОВЫЙ ШТАММ ПРИ ПОМОЩИ ТРАНСДУКЦИИ	
Ширшикова Т.В. ....	264
ВЛИЯНИЕ БУРЫХ ВОДОРОСЛЕЙ НА ЖИЗНЕСПОСОБНОСТЬ STAPHYLOCOCCUS AUREUS	
Боев И.А. ....	265
ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ЭФИРНОГО МАСЛА ДЛЯ ДЕЗИНФЕКЦИИ ВОЗДУШНОЙ СРЕДЫ В ЗАКРЫТЫХ ПОМЕЩЕНИЯХ	
Антипина А.И., Лыкова Е.В. ....	265
АНТИБИОТИКОРЕЗИСТЕНТНОСТЬ БАКТЕРИЙ И ПУТИ ЕЁ ПРЕОДОЛЕНИЯ	
Мамедова С.Н., Абдуллаева К.М. ....	265
МИКРОБНЫЙ СПЕКТР ПРИ ОСТРОМ РИНОСИНСИТЕ У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ ЛИЦ	
Тожиев Ф.И., Жураев Б.Н. ....	266
ГЕМОРРАГИЧЕСКАЯ ЛИХОРАДКА С ПОЧЕЧНЫМ СИНДРОМОМ (ГЛПС)	
Хабибуллина А.А., Хисматуллина А.А. ....	266

КЛЕЩЕВОЙ ЭНЦЕФАЛИТ	
Головин И.И., Латифуллина Ч.Р. ....	267
TORCH- ИНФЕКЦИИ	
Головин И.И., Сунгатов Б.Д. ....	267
МИКРОБИОЛОГИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА МИКОПЛАЗМЕННЫХ УРЕТРИТОВ	
Хусаинова Г.Х., Шакирова К.А. ....	267
МИКРОБНАЯ ОБСЕМЕНЕННОСТЬ ДЕНЕЖНЫХ КУПЮР И МОНЕТ	
Гизатулин Р.Р., Никитин Д.О. ....	268
MALARIA IN INDIA	
Bilal Pathan, Hanumant Desmukh ....	268
МИКРОБИОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ КОСМЕТИЧЕСКИХ СРЕДСТВ	
Мияссарова Г.М., Бухалова В.А. ....	268
ПРОГРЕССИРУЮЩИЙ КРАСНУШНЫЙ ПАНЭНЦЕФАЛИТ	
Ибатуллин Б.Ш., Абдуллина А.А. ....	269
HYPOACTIVE SEXUAL DESIRE DISORDER IN WOMEN: AN EVOLVING UNDERSTANDING	
Sharifah-Nafeesa S.N. ....	269
НЕПСИХОТИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА СРЕДИ СТУДЕНТОВ ВЫСШИХ УЧЕБНЫХ ЗАВЕДЕНИЙ	
Яковлева Е.С. ....	269
ПСИХОАНАЛИТИЧЕСКИЙ МЕТОД ИССЛЕДОВАНИЯ ИСТОРИИ ЖИЗНИ ПАЦИЕНТА С ЯДЕРНЫМ ГОМОСЕКСУАЛИЗМОМ	
Якубова А.Ш., Горелкин И.В. ....	270
ПСИХАСТЕНИЧЕСКАЯ ЛИЧНОСТЬ:ВАРИАНТЫ ПСИХИЧЕСКОЙ ДЕЗАДАПТАЦИИ	
Захарова Д.А. ....	270
СИНДРОМ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ У СТУДЕНТОВ ФАКУЛЬТЕТА СОЦИАЛЬНАЯ РАБОТА	
Борисова К.Е. ....	270
ПОСЛЕРОДОВЫЕ ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА	
Мансурова Л.Р. ....	271
ОСОБЕННОСТИ АДАПТАЦИИ УЧАЩИХСЯ 7, 10 КЛАССОВ В УСЛОВИЯХ ЛИЦЕЯ	
Уразбахтина К.А., Кузьмин Н. ....	271
ТРАНСКУЛЬТУРАЛЬНАЯ СТРУКТУРА ПСИХИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ РМЭ. НА ПРИМЕРЕ ВОЛЖСКОГО РАЙОНА РМЭ	
Жидяевский А.Г. ....	271

## МОЛЕКУЛЯРНАЯ И КЛЕТОЧНАЯ МЕДИЦИНА

ИММУНОГИСТОХИМИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ БЫСТРОЙ И МЕДЛЕННОЙ СКЕЛЕТНЫХ МЫШЦ КРЫСЫ ПОСЛЕ ЧАСТИЧНОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ СПИННОГО МОЗГА	
Зарубина В.Н., Мухаметшина Я.О. ....	272
ИЗУЧЕНИЕ ПОЛИМОРФИЗМОВ ГЕНОВ AGTR1 И REN У РОССИЙСКИХ СПОРТСМЕНОВ	
Мустафина Л.Д., Альметова Р.Р., Егорова Э.С. ....	272
МОРФОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ИЗМЕНЕНИЙ В МЫШЕЧНОЙ ТКАНИ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМИ ОБЛИТЕРИРУЮЩИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ АРТЕРИЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ ПОСЛЕ КЛЕТОЧНОЙ ТЕРАПИИ	
Гафиятуллина Г.Р., Муртазин А.И., Мавликеев М.О. ....	273
ЭКСПРЕССИЯ РЕЦЕПТОРА ФАКТОРА СТВОЛОВЫХ КЛЕТОК В ПРОЦЕССЕ РЕГЕНЕРАЦИИ ПЕЧЕНИ КРЫС ПОСЛЕ ОСТРОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ И ТРАНСПЛАНТАЦИИ ЗВЕЗДЧАТЫХ КЛЕТОК ПЕЧЕНИ	
Сайфуллина К.Н., Бурганова Г.Р., Мухина В.В. ....	273
ОЦЕНКА МОРФОМЕТРИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ, ПРОЛИФЕРАЦИИ И СТЕПЕНИ ФИБРОЗА МЫШЕЧНОЙ ТКАНИ ПАЦИЕНТОВ С КРИТИЧЕСКОЙ ИШЕМИЕЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ ПОСЛЕ ГЕННОЙ ТЕРАПИИ	
Муртазин А. И., Гафиятуллина Г.Р., Мавликеев М.О. ....	273
ВЛИЯНИЕ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ЗВЕЗДЧАТЫХ КЛЕТОК ПЕЧЕНИ НА РЕГЕНЕРАЦИЮ ПЕЧЕНИ КРЫС ПОСЛЕ ЧАСТИЧНОЙ ГЕПАТЭКТОМИИ И ВВЕДЕНИЯ АЦЕТИЛАМИНОФЛУОРЕНА	
Титова А.А., Певнев Г.О., Мавликеев М.О. ....	274
ВЛИЯНИЕ ТРАНСПЛАНТАЦИИ АКТИВИРОВАННЫХ IN VIVO ЗВЕЗДЧАТЫХ КЛЕТОК ПЕЧЕНИ НА РЕГЕНЕРАЦИЮ ПЕЧЕНИ ПОСЛЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ ЧЕТЫРЕХХЛОРИСТЫМ УГЛЕРОДОМ И 2-АЦЕТИЛАМИНОФЛУОРЕНОМ	
Шарипова Э.И., Мавликеев М.О., Титова А.А. ....	274
РЕГЕНЕРАЦИЯ ПЕЧЕНИ ПРИ ЧАСТИЧНОЙ ГЕПАТЭКТОМИИ И ЧАСТИЧНОЙ ГЕПАТЭКТОМИИ С ВВЕДЕНИЕМ 2-АЦЕТИЛАМИНОФЛУОРЕНА	
Певнев Г.О., Титова А.А., Латышев А.А. ....	275
РОЛЬ ЗВЕЗДЧАТЫХ КЛЕТОК ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В РЕГЕНЕРАЦИИ ОРГАНА НА ФОНЕ МЕДЬ-ДЕФИЦИТНОЙ ДИЕТЫ У КРЫС	
Галявиева А.Р., Абдулхакова А.Р., Трондин А.А. ....	275
ПРОЛИФЕРАТИВНАЯ АКТИВНОСТЬ ГЕПАТОЦИТОВ ПОСЛЕ ЧАСТИЧНОЙ ГЕПАТЭКТОМИИ, ПОВРЕЖДЕНИИ ПЕЧЕНИ 2-АЦЕТИЛАМИНОФЛУОРЕНОМ И ТРАНСПЛАНТАЦИИ ЗВЕЗДЧАТЫХ КЛЕТОК ПЕЧЕНИ У КРЫС	
Бурганова Г.Р., Мухамедов А.Р., Певнев Г.О. ....	275
ВЛИЯНИЕ МЕЖКЛЕТОЧНЫХ ВЗАИМОДЕЙСТВИЙ НА КОЛИЧЕСТВО ШВАНОВСКИХ КЛЕТОК В СЕДАЛИЩНОМ НЕРВЕ КРЫС	
Зиннуров Р.Р. ....	276
ИЗУЧЕНИЕ АССОЦИАЦИИ ПОЛИМОРФИЗМОВ ГЕНОВ, РЕГУЛИРУЮЩИХ МЕТАБОЛИЗМ, С ПРЕДРАСПОЛОЖЕННОСТЬЮ К ЗАНЯТИЯМ ГРЕБЛЕЙ И СОСТАВОМ ТЕЛА	
Егорова Э.С., Мустафина Л.Д., Мустафина М.М. ....	276
ОЦЕНКА РОЛИ P2Y-РЕЦЕПТОРОВ В ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОЙ РЕГЕНЕРАЦИИ СЕДАЛИЩНОГО НЕРВА КРЫСЫ	
Маркунина А.А. ....	277
ПОВЕДЕНИЕ ГЛИИ ПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛА СПИННОГО МОЗГА МЫШИ ПРИ РАЗВИТИИ ГИПОГРАВИТАЦИОННОГО ДВИГАТЕЛЬНОГО СИНДРОМА	
Повышева Т.В., Мухамедшина Я.О. ....	277

## НЕВРОЛОГИЯ

### СТАТИСТИКА ИНСУЛЬТОВ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА В Г.ПЕРМИ

Кондратьев И.В. ....	277
ПОКАЗАТЕЛИ ВЕГЕТАТИВНОГО ГОМЕОСТАЗА И ЭМОЦИОНАЛЬНО-ЛИЧНОСТНЫЙ ПРОФИЛЬ У ПАЦИЕНТОВ С МИГРЕНЬЮ	
Ткачева Е.С. ....	278
ПОСТИНСУЛЬТНЫЕ КОГНИТИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА У БОЛЬНЫХ В РАЗЛИЧНЫЕ ВОЗРАСТНЫЕ ПЕРИОДЫ	
Хабибрахманов А.Н. ....	278
АЛКОГОЛЬНАЯ ЭПИЛЕПСИЯ	
Попченко А.А., Епишева Ю.В. ....	278
СТЕПЕНЬ НАРУШЕНИЯ КОГНИТИВНЫХ ФУНКЦИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКИМ ИНСУЛЬТОМ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ОРГАНИЗАЦИИ ЛАТЕРАЛЬНОЙ ФУНКЦИИ	
Катченкова М.С., Новикова Е.С. ....	279
ИЗМЕНЕНИЕ ГЛИКЕМИЧЕСКИХ КРИВЫХ В УСЛОВИЯХ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЙ АЛКОГОЛЬНОЙ ИНТОКСИКАЦИИ	
Аколелых М.В., Титовец Е.В., Филимонов С.А., Гаврик И.С. ....	279
ФАКТОРЫ РИСКА ХРОНИЧЕСКИХ ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА	
Аббаров Р.А., Салаватова Л.Х. ....	279
ХАРАКТЕРИСТИКА КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ У ЛЮДЕЙ ПОЗДНЕГО ВОЗРАСТА	
Рязанова Н.И. ....	280
СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ДЕПРЕССИИ У ПАЦИЕНТОВ С МЫШЕЧНОЙ ДИСТОНИЕЙ РАЗЛИЧНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ	
Хаятова З.Г., Гарипова Г.Н. ....	280
КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА	
Хайруллин И.Х. ....	280
ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ И ВЕГЕТАТИВНОГО СТАТУСА У БОЛЬНЫХ С РАЗЛИЧНЫМ ИСХОДОМ ОСТРЫХ ТРАВМАТИЧЕСКИХ СУБДУРАЛЬНЫХ ГЕМАТОМ	
Арбузова Е.Е. ....	281
КОГНИТИВНЫЕ НАРУШЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ПАТОЛОГИЕЙ ЦИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ	
Сахабиева Г.Н. ....	281
ОСОБЕННОСТИ ГОЛОВНЫХ БОЛЕЙ У ПРЕДСТАВИТЕЛЕЙ РАЗЛИЧНЫХ МЕДИЦИНСКИХ СПЕЦИАЛЬНОСТЕЙ	
Зарипова М.А. ....	281
НЕКОГНИТИВНЫЕ НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ИШЕМИИ ГОЛОВНОГО МОЗГА С НЕДЕМЕНТНЫМИ КОГНИТИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ	
Борханова Э.Г. ....	282
СОН И СОСУДИСТЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ГОЛОВНОГО МОЗГА	
Хикматуллина К.А., Рагимова А.А., Леухин Р.В. ....	282
ВЛИЯНИЕ ИЗМЕНЕНИЙ ВЕГЕТАТИВНОЙ КАРДИОРЕСПИРАТОРНОЙ РЕГУЛЯЦИИ НА УРОВЕНЬ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА, СТРАДАЮЩИХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ I ТИПА	
Мугинова А.И. ....	283
ИНСУЛЬТ КАК ПРИЧИНА РАЗВИТИЯ ГИПЕРКИНЕЗОВ	
Гарнышева А.А., Тюгаева Э.А. ....	283
ВЛИЯНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ НА ТЕЧЕНИЕ РАССЕЯННОГО СКЛЕРОЗА	
Ящук О.В., Миндиярова Р.Ф. ....	283
АНАЛИЗ ФАКТОРОВ РИСКА РАЗВИТИЯ РАССЕЯННОГО СКЛЕРОЗА В РЕСПУБЛИКЕ БАШКОРТОСТАН	
Латыпова Р.Ф., Мамадалиев Д.З. ....	284
КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА МЫШЕЧНЫХ ДИСТОНИЙ В РЕСПУБЛИКЕ БАШКОРТОСТАН	
Латыпова Р.Ф. ....	284
БОЛЕЗНЬ ФАРА. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ	
Заболотная С.В., Пипинашвили Е.В. ....	284
КОГНИТИВНЫЕ НАРУШЕНИЯ У ЛИЦ, ПЕРЕНЕСШИХ ИНСУЛЬТ В МОЛОДОМ И ПОЖИЛОМ ВОЗРАСТЕ	
Хабибрахманов А.Н. ....	285
ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ПЕРИОДА ОТ СИМПТОМОВ ДЕБЮТА ДО УСТАНОВЛЕНИЯ ДОСТОВЕРНОГО ДИАГНОЗА РС И НАЧАЛА ЛЕЧЕНИЯ ПИТРС У БОЛЬНЫХ РАССЕЯННЫМ СКЛЕРОЗОМ	
Гафарова Э.Р. ....	285
ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ МАКУЛЫ ПРИ РАССЕЯННОМ СКЛЕРОЗЕ	
Казанцев А.Ю. ....	285
ИССЛЕДОВАНИЕ ПОВЕДЕНЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ У ТРАНСГЕННЫХ G93A МЫШЕЙ С МОДЕЛЬЮ БОКОВОГО АМИОТРОФИЧЕСКОГО СКЛЕРОЗА ПОСЛЕ КСЕНОТРАНСПЛАНТАЦИИ ГЕНЕТИЧЕСКИ МОДИФИЦИРОВАННЫХ КЛЕТОК МОНОНУКЛЕАРНОЙ ФРАКЦИИ КРОВИ ПУПОВИНЫ ЧЕЛОВЕКА	
Сафиуллов З.З., Измайлов А.А., Соловьева В.В., Салафутдинов И.И. ....	286
МИНИМАЛЬНА МОЗГОВАЯ ДИСФУНКЦИЯ У ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА	
Сабо Ю.С., Борейша Е.А., Усачёва Е.А. ....	286

## НЕЙРОХИРУРГИЯ

### СОВРЕМЕННЫЙ АЛГОРИТМ ДИАГНОСТИКИ И ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С БОЛЕВЫМИ СИНДРОМАМИ В ПОЯСНИЦЕ И НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЯХ ПРИ ДЕГЕНЕРАТИВНО-ДИСТРОФИЧЕСКИХ ПОРАЖЕНИЯХ ПОЗВОНОЧНОГО СТОЛБА

Хабибулина А.Р. ....	287
НЕЙРОВИЗУАЛИЗАЦИОННЫЕ ПРЕДИКТОРЫ РАЗВИТИЯ ПОЗДНИХ ПОСТИНСУЛЬТНЫХ ЭПИЛЕПТИЧЕСКИХ ПРИПАДКОВ У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКИМ ИНСУЛЬТОМ	
Галимова А.А. ....	287

# ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ И ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ, РОЖДЕННЫХ ПУТЕМ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ В Г. КАЗАНИ	
Сабилов Ж.Ф., Шаяхметова Р.Р. ....	288
ИССЛЕДОВАНИЕ КАЧЕСТВА ОКАЗЫВАЕМОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ И УДОВЛЕТВОРЕННОСТЬ ПАЦИЕНТОВ В ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОМ ОТДЕЛЕНИИ СТАЦИОНАРА	
Ахметшина Л. ....	288
ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ПИЕЛОНЕФРИТА И ИХ ПРОФИЛАКТИКА	
Аллахвердиева С.А., Алиев Р.М. ....	289
МЛАДЕНЧЕСКАЯ СМЕРТНОСТЬ В РЕСПУБЛИКЕ ИНГУШЕТИЯ ЗА ПЕРИОД 2004-2013 ГГ.	
Балаев М.Х. ....	289
АНАЛИЗ СТРУКТУРЫ НАСИЛЬСТВЕННОЙ СМЕРТИ ПО РЕСПУБЛИКЕ ТАТАРСТАН ЗА 2005-2013 ГГ.	
Хасанова Э.А. ....	289
СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ДОСТУПНОСТИ ЛАБОРАТОРНЫХ УСЛУГ У НАСЕЛЕНИЯ ГОРОДСКИХ ОКРУГОВ И СЕЛЬСКИХ РАЙОНОВ САМАРСКОЙ ОБЛАСТИ	
Золотарев П.Н. ....	290
АСПЕКТЫ РАЗВИТИЯ ПОНЯТИЯ «КАЧЕСТВО ЖИЗНИ»	
Трегуб П.О., Трегуб В.Л. ....	290
ВЛИЯНИЕ СЕССИИ НА СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ СТУДЕНТОВ	
Карпечина А.О. ....	290
МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ИНТЕРНЕТ-ЗАВИСИМОСТИ СТУДЕНТОВ	
Салпынов Ж.Л. ....	291
ПУТИ ПОВЫШЕНИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО УРОВНЯ ВРАЧЕЙ СЕЛЬСКОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ	
Маталипова А.М. ....	291
ОТНОШЕНИЕ СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ К СОБСТВЕННОМУ ЗДОРОВЬЮ	
Букирова К.С. ....	292
ОРГАНИЗАЦИЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ С ОНКОГЕМАТОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ	
Пантелеева Г.М. ....	292
СОПОСТАВИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА УРОВНЕЙ И УДЕЛЬНОГО ВЕСА СМЕРТНОСТИ ОТ БОЛЕЗНЕЙ СИСТЕМЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ И СИМПТОМОВ, ПРИЗНАКОВ И ОТКЛОНЕНИЙ ОТ НОРМЫ, НЕ КЛАССИФИЦИРОВАННЫХ В ДРУГИХ РУБРИКАХ В РЕСПУБЛИКЕ ТАТАРСТАН	
Калачёва О.А., Егорова О.А. ....	292
АНАЛИЗ ТРАВМАТИЗМА В РЕСПУБЛИКЕ ТАТАРСТАН ЗА 2008-2012 Г.	
Теплов О.В. ....	293
ОБЩИЙ КОЭФФИЦИЕНТ РОЖДАЕМОСТИ В РТ	
Ахметгариева А.А. ....	293
АНАЛИЗ СМЕРТНОСТИ ЗА 2013 ГОД В РЕСПУБЛИКЕ ТАТАРСТАН	
Валиуллина Э.И. ....	293
АНАЛИЗ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ КОЕЧНОГО ФОНДА ЦЕНТРАЛЬНЫХ РАЙОННЫХ, РАЙОННЫХ И УЧАСТКОВЫХ БОЛЬНИЦ РЕСПУБЛИКИ ТАТАРСТАН ЗА 2008-2012 ГОДА	
Зарипов Р.Р. ....	294
РИСКИ ЛИЦ ПЕНСИОННОГО ВОЗРАСТА В КАЗАХСТАНЕ В КОНТЕКСТЕ КАЧЕСТВА ИХ ЖИЗНИ	
Досжанова Г.Н., Абдулдаева А.А., Карп Л.Л. ....	294
СМЕРТНОСТЬ ОТ БОЛЕЗНЕЙ СИСТЕМЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ СРЕДИ СЕЛЬСКОГО И ГОРОДСКОГО НАСЕЛЕНИЯ В РЕСПУБЛИКЕ ТАТАРСТАН	
Газизов Р.Р. ....	294
ОСОБЕННОСТИ НЕКОТОРЫХ ХАРАКТЕРИСТИК ГРУПП БОЛЬНЫХ ГЕМОРАГИЧЕСКИМИ ИНСУЛЬТОМ ГОРОДСКИХ И СЕЛЬСКИХ ЖИТЕЛЕЙ УДМУРТИИ	
Абанина И.Н., Бывальцев А.Н., Даутов Ф.А. ....	295
СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ЖЕНСКИХ КОНСУЛЬТАЦИЙ ПО ОСНОВНЫМ ПОКАЗАТЕЛЯМ	
Бартова Н.А., Абдуллина Г.З. ....	295
ОЦЕНКА КАЧЕСТВА РАБОТЫ СТАЦИОНАРНОГО ОТДЕЛЕНИЯ КРУПНОЙ МНОГОПРОФИЛЬНОЙ БОЛЬНИЦЫ	
Валеева З.М., Хабибулина А.Р. ....	296
ИССЛЕДОВАНИЕ ПРЕДПОЧТЕНИЙ ВЫПУСКНИКОВ КАЗАНСКОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА ПРИ ТРУДОУСТРОЙСТВЕ	
Альмухаметов А.А. ....	296
ЭЛЕКТРОННЫЙ ПРОТОКОЛ КУРАЦИИ ПАЦИЕНТОВ В СИСТЕМЕ НЕОТЛОЖНОЙ И ПЛАНОВОЙ КОНСУЛЬТАТИВНОЙ ПОМОЩИ ПО РЕСПУБЛИКЕ ТАТАРСТАН	
Валиева Ю.И., Шигапов И.Ф. ....	296
ПЕРВИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА ОНКОПАТОЛОГИИ СРЕДИ ЛИЦ ЖЕНСКОГО НАСЕЛЕНИЯ	
Тарасова А.О. ....	297
МАРКЕТИНГ В СТОМАТОЛОГИИ	
Усманова Н.Р. ....	297
ТАК ЛИ ЭФФЕКТИВЕН КАНЦЕР-РЕГИСТР НА РЕСПУБЛИКАНСКОМ УРОВНЕ?	
Салахов Т.И. ....	297
ОСОБЕННОСТИ РАСПРЕДЕЛЕНИЯ ФАКТОРОВ РИСКА БОЛЕЗНЕЙ СИСТЕМЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ У МУЖЧИН ТРУДОСПОСОБНОГО ВОЗРАСТА	
Лисюков А.Н. ....	298
АНАЛИЗ И ОЦЕНКА КАДРОВОГО СОСТАВА ЦЕНТРОВ АМБУЛАТОРНОЙ ХИРУРГИИ Г. САНКТ-ПЕТЕРБУРГА	
Друзь А.П., Малахов И.Н. ....	298

# ОНКОЛОГИЯ

СКРИНИНГ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ: СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ И ПЕРСПЕКТИВЫ	
Егорова К.Е. ....	299
ИЗУЧЕНИЕ ПРОГНОЗА ПРИ МЕЛАНОМЕ КОЖИ	
Д.Д. Халиков ....	299
ИММУНОЦИТОХИМИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА ОСТРОГО ЛИМФОБЛАСТНОГО ЛЕЙКОЗА И ЕЕ ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ	
Зарубина А.Н. ....	300
ГАСТРОИНТЕСТИНАЛЬНАЯ СТРОМАЛЬНАЯ ОПУХОЛЬ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА: МОРФОЛОГИЯ, ДИАГНОСТИКА, ЛЕЧЕНИЕ	
Каримов А.Ф. ....	300
ДИСПЛАЗИИ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ НА ФОНЕ ПАТОЛОГИИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ	
Агапова Н.В. ....	300
ВВЕДИТЕ НАЗВАНИЕ БОЛЬШИМИ БУКВАМИ	
Султанбаев А.В. ....	301
ВЛИЯНИЕ ХИРУРГИЧЕСКИХ МЕТОДОВ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ЦЕНТРАЛЬНОЙ И МЕДИАЛЬНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ	
Софронова Е.Г. ....	301
КЛИНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА МУТАЦИИ ГЕНА K-RAS У ПАЦИЕНТОВ С КОЛОРЕКТАЛЬНЫМ РАКОМ	
Гатауллин Б.И., Гордеев М.Г. ....	302
МАГНИТНО - РЕЗОНАНСНАЯ ДИАГНОСТИКА ОПУХОЛЕЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА	
Димитриева О.С. ....	302
НЕЙРОЭНДОКРИННЫЕ ОПУХОЛИ ЛЕГКИХ: ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ, ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ	
Дружкова Е.Б. ....	302
ИСПОЛЬЗОВАНИЕ НАТРИЙ КАРБОКСИМЕТИЛЦЕЛЛЮЛОЗЫ ДЛЯ ФОРМИРОВАНИЯ МАТРИКСА ПРИ ТЕСТИРОВАНИИ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ ОПУХОЛЕВЫХ КЛЕТОК К ХИМИОПРЕПАРАТАМ	
Валиева Г.Р. ....	303
РАЗРАБОТКА АЛГОРИТМА ОНКОПЛАСТИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ РАКЕ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ЦЕНТРАЛЬНОЙ И МЕДИАЛЬНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ	
Хамитов А.Р., Ванесян А.С. ....	303
РАЗРАБОТКА АЛГОРИТМА ВЫБОРА ЭНДОПРОТЕЗОВ ПРИ РЕКОНСТРУКЦИИ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ	
Камалетдинов И.Ф. ....	303
АССОЦИАЦИЯ ПОЛИМОРФНЫХ ВАРИАНТОВ ГЕНА ACOX3 С РИСКОМ РАЗВИТИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ЛИМФОЛЕЙКОЗА	
Петров Д.В., Шамиева Л.В. ....	304
ПОЛИМОРФИЗМ ГЕНОВ ФАКТОРОВ РОСТА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ЛИМФОЛЕЙКОЗОМ	
Шамиева Л.В., Петров Д.В. ....	304
НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКОЙ ТАКТИКИ И БОРЬБЫ С РАКОМ ЛЕГКИХ В ХАРЬКОВСКОМ РЕГИОНЕ	
Зинчук А.Н., Тертышный В.А., Зинчук О.Г. ....	305
ОПТИМИЗАЦИЯ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С КОЛОРЕКТАЛЬНЫМ РАКОМ 4 СТАДИИ	
Егоров В.И., Валиева Г.Р. ....	305

# ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИЯ

ПРИМЕНЕНИЕ РАСТВОРА «ВАГОТИЛА» ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКИХ ГИПЕРТРОФИЧЕСКИХ ФАРИНГИТОВ	
Рагимова А.А. ....	305
ВАРИАНТЫ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ТОНЗИЛЛИТА	
Мухутдинова К.А. ....	306
ЭТИОЛОГИЯ НЕЙРОСЕНСОРНОЙ ТУГОУХОСТИ	
Хикматуллина К.А. ....	306
ИММУНОГИСТОХИМИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПАПИЛЛОМ ГЛОТКИ И ГОРТАНИ	
Валиуллина Г.З. ....	306
ВЛИЯНИЕ РАЗЛИЧНЫХ СХЕМ ЛЕЧЕНИЯ АЛЛЕРГИЧЕСКОГО РИНИТА НА ЧАСТОТУ ЭПИЗОДОВ ОСТРЫХ РЕСПИРАТОРНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ	
Магомедов Н.Г. ....	307
МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКИХ РИНОСИНУСИТОВ	
Валиуллина Г.З. ....	307
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЕЗНИ МЕНЬЕРА	
Леухин Р.В., Рагимова А.А., Хикматуллина К.А. ....	308
ИНОРОДНЫЕ ТЕЛА ЛОР ОРГАНОВ	
Султанова Э.Р. ....	308
ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫЕ ОПУХОЛИ ГОРТАНИ	
Галиуллина З.Р. ....	308
ДИСФОНИЯ КАК СИМПТОМ ШЕЙНО-МЫШЕЧНОЙ ПАТОЛОГИИ	
Шафикова А.Р. ....	309
ИЗУЧЕНИЕ ДЕЙСТВИЯ ИРС-19 НА МИКРОФЛОРУ ПОЛОСТИ РТА У БОЛЬНЫХ ГНОЙНЫМ ПЕРИОСТИТОМ	
Тожиев Ф.И., Бадриддинов Б.Б. ....	309
ХРОНИЧЕСКИЕ РИНОСИНУСИТЫ	
ПРИ РАЗЛИЧНОЙ ЭКОЛОГИЧЕСКОЙ НАГРУЗКЕ	
Сафиуллин Т.Р. ....	309
МИКРОБНЫЙ ПЕЙЗАЖ ХРОНИЧЕСКОГО РИНОСИНУСИТА	
Шагвалиева Г.Р. ....	310

# ОФТАЛЬМОЛОГИЯ

ВЗАИМОСВЯЗЬ ИНТЕНСИВНОСТИ ФИЗИЧЕСКИХ И ЗРИТЕЛЬНЫХ НАГРУЗОК С АККОМОДАЦИОННОРЕФРАКЦИОННЫМИ НАРУШЕНИЯМИ У СТУДЕНТОВ	
Сафарова Г.А. ....	310
ИЗУЧЕНИЕ ФАКТОРОВ РИСКА РАЗВИТИЯ ГЛАУКОМЫ НОРМАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ	
Заманова Э.С., Гумерова Д.Р., Хисамова Д.Р. ....	311
ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ РЕФРАКТЕРНОЙ ГЛАУКОМОЙ МЕТОДОМ ИМПЛАНТАЦИИ МИНИ-ШУНТА «EX-PRESS» И КЛАПАНА «AHMED»	
Кожемякина А.А., Харша А.А. ....	311
ПРИМЕНЕНИЕ ИНТРАВИТРЕАЛЬНЫХ ИМПЛАНТАТОВ «OZURDEX» В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ИШЕМИЧЕСКОЙ ОККЛЮЗИЕЙ РЕТИНАЛЬНЫХ ВЕН	
Кожемякина А.А. ....	311
ВВЕДИТЕ НАЗРОЛЬ P2Y-РЕЦЕПТОРОВ В ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОЙ РЕГЕНЕРАЦИИ ЭПИТЕЛИЯ РОГОВИЦЫВАНИЕ БОЛЬШИМИ БУКВАМИ	
Зиннуров Р.Р. ....	312
МОНИТОРИНГ СОВРЕМЕННОГО СОСТОЯНИЯ ОРГАНА ЗРЕНИЯ У СТУДЕНТОВ ТЕХНИЧЕСКИХ ВУЗОВ	
Стегунцова Н. А., Сунгурова Н.А., Ефремова Д.А. ....	312
ФАРМАКОТЕРАПИЯ СИНДРОМА «СУХОГО ГЛАЗА» ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ГЕНЕЗА	
Анисимова С.Г. ....	313
К ВОПРОСУ ОБ ИЗУЧЕНИИ СВЯЗИ МЕЖДУ БОЛЕЗНЬЮ АЛЬЦГЕЙМЕРА И ГЛАУКОМОЙ	
Якубова А.Ш., Горелкин И.В. ....	313
ИЗУЧЕНИЕ ФАКТОРОВ РИСКА РАЗВИТИЯ ГЛАУКОМЫ НОРМАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ	
Заманова Э.С., Хисамова Д.Р., Гумерова Д.Р. ....	313

# ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ ФИЗИОЛОГИЯ

ОСОБЕННОСТИ ВЛИЯНИЯ ЦИРКУЛИРУЮЩИХ МИКРОВЕЗИКУЛ НА РОСТ ФИБРИНОВОГО СГУСТКА У ЗДОРОВЫХ КОК РЕЦИПИЕНТОВ	
Ляхова Е.А., Шакирова Р.Р. ....	314
ПАТОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ РАЗВИТИЯ НАРКОМАНИИ	
Митрофанов П.А. ....	314
РАК МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЁЗ	
Хабибуллина К.М., Халимова Р.Ф. ....	315
ОНКОТЕРМИЯ В ОНКОЛОГИИ	
Мансурова Г.Р. ....	315
РОЛЬ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ ГЕНЕТИЧЕСКИХ И СРЕДОВЫХ ФАКТОРОВ В ПАТОГЕНЕЗЕ ШИЗОФРЕНИИ	
Артемяева Д.В. ....	315
ОПРЕДЕЛЕНИЕ УСТОЙЧИВОСТИ ОРГАНИЗМА К ВОЗДЕЙСТВИЮ ХОЛОДОВОГО ФАКТОРА	
Короткова А.С., Гришина Д.Э. ....	316
БОЛЕЗНЬ АЛЬЦГЕЙМЕРА: ПАТОГЕНЕЗ, ДИАГНОСТИКА, КОРРЕКЦИЯ	
Галаутдинова Д.И. ....	316
РОЛЬ АУТОФАГИИ В НОРМЕ И ПАТОЛОГИИ	
Мамедова С.Н. ....	317
МЕХАНИЗМЫ ИММУНОТЕРАПИИ РМЖ — ПЕРСПЕКТИВЫ СОЗДАНИЯ ПРОТИВООПУХОЛЕВЫХ ВАКЦИН	
Середа Т.А. ....	317
АТЕРОСКЛЕРОЗ. РАСПРОСТРАНЁННОСТЬ, ТЕОРИИ И ПАТОГЕНЕЗ (ЭТАПЫ) РАЗВИТИЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ	
Садриева А.И., Кашапова А.А. ....	317
РАССЕЯННЫЙ СКЛЕРОЗ	
Шакирова Г.Ф., Мухаметшина Э.И. ....	318
ТЕОРИИ РАЗВИТИЯ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКИ	
Сабилова Л.А., Семенова М.В. ....	318
ПАТОГЕНЕЗ ФОРМИРОВАНИЯ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ	
Резванов И.М. ....	318
КЛЕТОЧНОЕ СТАРЕНИЕ И ЕГО РОЛЬ В НОРМЕ И ПАТОЛОГИИ	
Габдрахманов И.И., Мамедова С.Н. ....	319
МИТОТИЧЕСКАЯ КАТАСТРОФА КАК ТИП ПРОГРАММИРОВАННОЙ КЛЕТОЧНОЙ ГИБЕЛИ	
Галембикова А.Р. ....	319
ТОЧКИ ПРИЛОЖЕНИЯ ТАРГЕТНЫХ ПРЕПАРАТОВ	
Сагидуллина Л.Р., Галембикова А.Р. ....	319
ПАТОФИЗИОЛОГИЯ ФИБРИНОЛИЗА, ЕГО РОЛЬ В ПАТОЛОГИИ	
Зудина В.К. ....	320
МЕХАНИЗМЫ АЛЛЕРГИИ В ПОЛОСТИ РТА	
Галембикова А.Р. ....	320
ПРОТИВООПУХОЛЕВАЯ АКТИВНОСТЬ 4-ПИВАЛОИЛ-2-ПИРРОЛОНОВ IN VITRO	
Галембикова А.Р. ....	321
ВЫДАЮЩИЕСЯ ВОСПИТАННИКИ КАЗАНСКОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ШКОЛЫ НА УКРАИНСКОЙ ЗЕМЛЕ.	
Н.А. ТРЖАСКА-ХРЖОНЩЕВСКИЙ	
Зиновьев И.Э. ....	321
УРОВЕНЬ ЭНДОТЕЛИАЛЬНОГО ФАКТОРА РОСТА КАК ПОКАЗАТЕЛЬ ХАРАКТЕРА ТЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ	
Павленко Д.В. ....	321



# ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ АНАТОМИЯ

## СТРУКТУРА ОПУХОЛЕВОЙ ПАТОЛОГИИ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА В РЕСПУБЛИКЕ ТАТАРСТАН

Романов Н.А., Тлегенова К.А. ....	322
СОВРЕМЕННЫЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ ОБ АДЕНОКАРЦИНОМАХ ЛЕГКОГО	
Романов Н.А., Кузнецов М.С. ....	322
РЕЗУЛЬТАТЫ ГИСТОГЕНЕТИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ ОПУХОЛЕЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА	
Димитриева О.С. ....	322
ROLE OF IMMUNOHISTOCHEMISTRY IN EVALUATION OF TERATOMAS	
Nicole Clarke A. ....	323
СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ МОЛЕКУЛЯРНОЙ МОРФОЛОГИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ РАКА ЛЕГКОГО	
Семенова М.В., Сабирова Л.А. ....	323
СОВРЕМЕННЫЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ ОБ АДЕНОКАРЦИНОМАХ ЛЕГКОГО	
Романов Н.А., Кузнецов М.С. ....	323
ГАСТРОИНТЕСТИНАЛЬНАЯ СТРОМАЛЬНАЯ ОПУХОЛЬ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА: МОРФОЛОГИЯ, ДИАГНОСТИКА, ЛЕЧЕНИЕ	
Каримов А.Ф. ....	324
ЭКСПРЕССИЯ P2Y1-РЕЦЕПТОРОВ В КЛЕТКАХ ПЛОСКОКЛЕТОЧНОГО РАКА ШЕЙКИ МАТКИ	
Мухамедьярова Г.К. ....	324

# ПЕДИАТРИЯ

## ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ВЗАИМООТНОШЕНИЯ МЕЖДУ ИЛ-6 В МОКРОТЕ И ИММУНОЛОГИЧЕСКИМИ ПОКАЗАТЕЛЯМИ КРОВИ У ДЕТЕЙ С БРОНХИТАМИ

Лупальцова О.С. ....	324
ФАКТОРЫ РИСКА ХРОНИЧЕСКОЙ ВНУТРИУТРОБНОЙ ГИПОКСИИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА	
Перфилова В.В. ....	325
КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ТИРЕОМЕГАЛИИ У ДЕТЕЙ АКТЮБИНСКОЙ ОБЛАСТИ ПО ДАННЫМ УЗИ	
Сивак И.Д., Гутарёв А.А. ....	325
КЛИНИКО-ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ЭЛИМИНАЦИОННЫХ ДИЕТ В ЛЕЧЕНИИ ПИЩЕВОЙ АЛЛЕРГИИ У ДЕТЕЙ	
Геллер С.И. ....	326
ФАКТОРЫ РИСКА ФОРМИРОВАНИЯ АЛЛЕРГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ГОРОДСКИХ И СЕЛЬСКИХ ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА	
Щинова М.Ю., Бурова М.С. ....	326
ОСОБЕННОСТИ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ, АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ У ДЕТЕЙ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ	
Катаева Е.А., Бекешкина О.П. ....	326
ОСОБЕННОСТИ НЕОНАТАЛЬНОГО ПЕРИОДА ДЕТЕЙ, РОДИВШИХСЯ С НИЗКОЙ МАССОЙ ТЕЛА	
Рустянова Д.Р. ....	327
НЕВРОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС ДЕТЕЙ С ЗАДЕРЖКОЙ ВНУТРИУТРОБНОГО РАЗВИТИЯ	
Юдицкий А.Д. ....	327
ОСОБЕННОСТИ ПАТОЛОГИИ КИШЕЧНИКА У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ	
Логинова А.И. ....	327
ОСОБЕННОСТИ ПОРАЖЕНИЯ ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ У ДЕТЕЙ С АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ	
Суворова Л.В., Королева Н.В. ....	328
АНТЕНАТАЛЬНАЯ ПРОФИЛАКТИКА СДР И ИСХОДЫ ВЫЖИВАНИЯ НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ С ОНМТ И ЭНМТ ПРИ РОЖДЕНИИ	
Мусиенко К.О., Сиразутдинова Г.Р. ....	328
ДЕТСКАЯ ИНВАЛИДНОСТЬ КАК РЕАЛЬНАЯ ПРОБЛЕМА СОВРЕМЕННОСТИ	
Гилязова Д.М. ....	328
МУКОПОЛИСАХАРИДОЗ 1 ТИПА. ВЫЯВЛЕНИЕ РАННИХ СПЕЦИФИЧНЫХ ПРИЗНАКОВ БОЛЕЗНИ	
Пиркова О.Г. ....	329
НАСЛЕДСТВЕННЫЙ НЕФРИТ КАК ПРОЯВЛЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК	
Вараксина Е.А. ....	329
ПРИОБРЕТЕННЫЕ АПЛАСТИЧЕСКИЕ АНЕМИИ У ДЕТЕЙ	
Симонова Е.Э., Кузнецов М.С. ....	329
ЧАСТОТА ПОРАЖЕНИЯ ПОЧЕК У ДЕТЕЙ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ	
Вдовин Д.А. ....	330
МАКРО- И МИКРОЭЛЕМЕНТОЗЫ У ЮНЫХ СПОРТСМЕНОВ	
Троегубова Н.А., Гильмутдинов Р.Р. ....	330
АНАЛИЗ КЛИНИЧЕСКИХ СЛУЧАЕВ ОТРАВЛЕНИЙ Г. КАЗАНИ В 2008-2012 ГОДАХ	
Музибуллин А.Н. ....	331
ОКСИД АЗОТА И ЕГО МЕТАБОЛИТЫ КАК МАРКЕРЫ НАРУШЕНИЯ ФУНКЦИИ ЭНДОТЕЛИЯ У ДЕТЕЙ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ	
Сергеева Е.В., Чиликина Ю.М. ....	331
ОТНОШЕНИЕ НАСЕЛЕНИЯ К ВАКЦИНАЦИИ ДЕТЕЙ ПРОТИВ КОРИ	
Рамазанова Ю.Р., Казыханова Ю.А. ....	331
ЗДОРОВЬЕ ДЕТЕЙ С ЗАДЕРЖКОЙ ВНУТРИУТРОБНОГО РАЗВИТИЯ, РОЖДЕННЫХ С ПРИМЕНЕНИЕМ ВСПОМОГАТЕЛЬНЫХ РЕПРОДУКТИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ	
Михеева Е.М. ....	332
РОЛЬ КИСЛОМОЛОЧНЫХ ПРОДУКТОВ В ПИТАНИИ ДЕТЕЙ: ОТ ДРЕВНОСТИ К РЕАЛИЯМ	
Хикматуллина К.А., Калимуллина А.В. ....	332
РОЛЬ УЧАСТКОВОЙ ПЕДИАТРИЧЕСКОЙ БРИГАДЫ В ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ	
Якубова А.Ш., Теплицкая К.Ю., Самсонова М.А. ....	333

КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ЛИХОРАДКИ НЕЯСНОГО ГЕНЕЗА В ДИАГНОСТИКЕ ВНЕЛЕГЧНОГО ТУБЕРКУЛЕЗА	
Пиркова О.Г. ....	333
ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ РЕДКОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ ТУБЕРОЗНОГО СКЛЕРОЗА	
Панькив А.Н. ....	333
ПОРАЖЕНИЕ ПОЧЕК ПРИ ГЕМОМРАГИЧЕСКОМ ВАСКУЛИТЕ	
Тукмакова В.В. ....	334
СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С МУКОПОЛИСАХАРИДОЗАМИ (ПО МАТЕРИАЛАМ РЕСПУБЛИКИ ТАТАРСТАН)	
Пиржанова Е.Н. ....	334
ЭТИОПАТОГЕНЕЗ И СТРУКТУРА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ОСТРОЙ КРАПИВНИЦЕЙ У ДЕТЕЙ НА ТЕРРИТОРИИ КУРСКОЙ ОБЛАСТИ	
Фетисова И.В. ....	335
ОСОБЕННОСТИ ДЕБЮТА РАХИТА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА	
Калимуллина А.В., Захарова Д.А., Хасаншина Л.Р. ....	335
КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ БОЛЬНОГО С БОЛЕЗНЬЮ АЛЬБЕРС-ШЁНБЕРГА	
Миннуллина Э.Р., Мингазова И.И. ....	335
ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ ДЕРМАТОМИОЗИТА У ДЕТЕЙ ПО ДАННЫМ КАРДИОРЕВМАТОЛОГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ ДРКБ	
Галявиева А.Р. ....	336
КАФЕДРА ГОСПИТАЛЬНОЙ ПЕДИАТРИИ С КУРСАМИ ПДО И ПП КГМУ: ПРОШЛОЕ, НАСТОЯЩЕЕ И БУДУЩЕЕ	
Абдреева Г.Т., Шайхутдинова А.А. ....	336
ЗАКОНОДАТЕЛЬНОЕ РЕГУЛИРОВАНИЕ ЭВТАНАЗИИ ДЕТЕЙ В МИРЕ	
Еникеева Д.Р. ....	337
ОЦЕНКА ЗДОРОВЬЯ ШКОЛЬНИКОВ, ПРОЖИВАЮЩИХ В ЭКОЛОГИЧЕСКИ НЕБЛАГОПОЛУЧНОМ РЕГИОНЕ	
Пстыгина Г.Р., Денисова А.В. ....	337
ПРОФИЛАКТИКА СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ У ДЕТЕЙ: ОЦЕНКА ГИГИЕНИЧЕСКИХ ЗНАНИЙ РОДИТЕЛЕЙ	
Панькив А.Н., Пиржанова Е.Н., Шарафисламова Л.С. ....	337
МИОКАРДИАЛЬНО-ГЕМОДИНАМИЧЕСКАЯ АДАПТАЦИЯ ШКОЛЬНИКОВ С НАРУШЕНИЯМИ РИТМА И ПРОВОДИМОСТИ СЕРДЦА	
Семерикова Ю.И. ....	338
ПРОБЛЕМЫ ПРАВОВОГО РЕГУЛИРОВАНИЯ УСЫНОВЛЕНИЯ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ	
Газизянова Г.Р. ....	338
АНАЛИЗ АНТИБИОТИКОТЕРАПИИ В ПЕДИАТРИЧЕСКОМ СТАЦИОНАРЕ	
Воронцова И.А., Коновалова Т.Б. ....	338
РАННИЕ КРИТЕРИИ ДИАГНОСТИКИ ВРОЖДЕННОЙ И РАННЕЙ ДЕТСКОЙ ФОРМЫ СПИНАЛЬНОЙ АМИОТРОФИИ ВЕРДНИГА-ГОФФМАНА	
Лоскутова Е.В. ....	339
ПОСТДИСЛОКАЦИОННЫЙ ДИЭНЦЕФАЛЬНЫЙ СИНДРОМ	
Лоскутова Е.В. ....	339
ТОКСИЧЕСКИЕ ГЕПАТИТЫ У ДЕТЕЙ С ГЕМОБЛАСТОЗАМИ	
Хусаинова А.Р., Гареева А.М. ....	340
ПРИМЕНЕНИЕ АГОНISTОВ ОПИОИДНЫХ РЕЦЕПТОРОВ В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ХРОНИЧЕСКИХ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ГАСТРО-ДУОДЕНАЛЬНОЙ ЗОНЫ У ДЕТЕЙ	
Спиваковская А.Ю. ....	340
КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ АТИПИЧНОГО ГЕМОЛИТИКО-УРЕМИЧЕСКОГО СИНДРОМА У РЕБЁНКА 3 ЛЕТ: ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ЭКУЛИЗУМАБА, ПРОДОЛЖАЮЩЕЕСЯ НАБЛЮДЕНИЕ	
Куропова Н.Н. ....	340
КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ У ДЕТЕЙ С РЕЦИДИВИРУЮЩИМИ ОБСТРУКТИВНЫМИ БРОНХИТАМИ	
Утц Д.С., Кубалик А.В., Свистунова Д.А. ....	341

## ПРОПЕДЕВТИКА ВНУТРЕННИХ БОЛЕЗНЕЙ

РАСПРЕДЕЛЕНИЕ ФАКТОРОВ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПРИ НЕПРОПОРЦИОНАЛЬНО ВЫСОКОЙ МАССЕ МИОКАРДА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У ЖЕНЩИН КЛИМАКТЕРИЧЕСКОГО ПЕРИОДА	
Чибирева М.Д., Юрьева Ю.Ю. ....	341
РАСПРЕДЕЛЕНИЕ ПОРАЖЕНИЙ ОРГАНОВ-МИШЕНЕЙ ПРИ НЕПРОПОРЦИОНАЛЬНО ВЫСОКОЙ МАССЕ МИОКАРДА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У ЖЕНЩИН КЛИМАКТЕРИЧЕСКОГО ПЕРИОДА	
Самигуллина А.Р., Матвеева В.Л. ....	342
ПРИМЕНЕНИЕ МЕТОДОВ ТРАДИЦИОННОЙ МЕДИЦИНЫ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПЕЧЕНИ У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ	
Кириллова М.В., Абдразакова Д.А., Назарова О.С. ....	342
ПРИМЕНЕНИЕ МЕТОДОВ ТРАДИЦИОННОЙ МЕДИЦИНЫ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ И ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ	
Ляхова Е.А., Ключкина М.В., Шакиров И.И. ....	342
ПРИМЕНЕНИЕ МЕТОДОВ ТРАДИЦИОННОЙ МЕДИЦИНЫ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ	
Фатхуллина Г.Р., Гильфанова А.Р., Каримова М.Р. ....	343
ПОВЫШЕННАЯ СКОРОСТЬ NA <sup>+</sup> -LI <sup>+</sup> -ПРОТИВОТРАНСПОРТА И ДРУГИЕ МАРКЕРЫ КАРДИАЛЬНОГО СИНДРОМА X	
Борисов Д.В. ....	343
ИЗУЧЕНИЕ СКОРОСТИ NA <sup>+</sup> -LI <sup>+</sup> -ПРОТИВОТРАНСПОРТА В ИССЛЕДОВАНИЯХ, ПРОВОДИМЫХ ЗА РУБЕЖОМ	
Борисов Д.В. ....	343
ИОНТРАНСПОРТНАЯ ФУНКЦИЯ КЛЕТОЧНЫХ МЕМБРАН У БОЛЬНЫХ С СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ С СОХРАНЁННОЙ ФУНКЦИЕЙ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА	
Газизянова В.М. ....	344

МЕТАБОЛИЧЕСКИЕ ТИПЫ ПИТАНИЯ	
Петров Ю.В. ....	344
ОСОБЕННОСТИ ГЕМОСТАЗА У БОЛЬНЫХ ПСОРИАЗОМ	
Юсифова Ч.В. ....	345
СПОСОБ ДИАГНОСТИКИ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА У ДЕТЕЙ	
Сурьмашева Э.М. ....	345
КОМПЛАЕНТНОСТЬ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ	
Харисова Э.Х. ....	345
РАСПРЕДЕЛЕНИЕ ПОРАЖЕНИЙ ОРГАНОВ-МИШЕНЕЙ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ УРОВНЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ	
Валиева, Ганибаева Г.С. ....	346
ПРОЛАПС МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА У ЖЕНЩИН С АНТИФОСФОЛИПИДНЫМ СИНДРОМОМ	
Шиляева О.Е. ....	346
СТРАТИФИКАЦИЯ РИСКА РАЗВИТИЯ ОСЛОЖНЕНИЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ УРОВНЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ	
Хафизова Л.С., Уразманова А.А. ....	346
ПРИОБРЕТЕННОЕ УДЛИНЕНИЕ ИНТЕРВАЛА QT ЭКГ С ПОЗИЦИИ МЕМБРАННОЙ ТЕОРИИ ПАТОЛОГИИ ЧЕЛОВЕКА	
Афанасьева Т.Ю., Зиганшина Г.Р., Бердникова Е.А. ....	347
ЭЛЕКТРИЧЕСКИЕ БОЛЕЗНИ МИОКАРДА	
Царькова Е.В., Борисов Д.В. ....	347

## СОЦИАЛЬНАЯ РАБОТА, СОЦИАЛЬНАЯ ЗАЩИТА, СОЦИАЛЬНОЕ ОБСЛУЖИВАНИЕ

СОЦИАЛЬНАЯ ИНТЕГРАЦИЯ ДЕТЕЙ С СИНДРОМОМ ДАУНА	
Кутузова А.М. ....	347
ОТНОШЕНИЕ МОЛОДЕЖИ ГОРОДА КАЗАНИ К СОЗДАНИЮ СЕМЬИ	
Габидуллина М.Ш. ....	348
РЕАЛИЗАЦИЯ МЕР ПО СОЗДАНИЮ ДОСТУПНОЙ СРЕДЫ ДЛЯ ЛЮДЕЙ С НАРУШЕНИЕМ СЛУХА И РЕЧИ	
Александрова Ю.О. ....	348
СОЦИАЛЬНЫЙ ПРОЕКТ КАК РЕСУРС СОЦИАЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ ПОЖИЛЫХ ЛЮДЕЙ В ТУЛЕ	
Горячева Л.М. ....	348
ТЕХНОЛОГИИ СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЫ И СОЦИАЛЬНО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЕ ОБРАЗОВАНИЕ ПРИЕМНЫХ РОДИТЕЛЕЙ	
Булах Н.В. ....	349
ВОЗМОЖНОСТИ СУПЕРВИЗИИ В ПОДГОТОВКЕ БАКАЛАВРОВ СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЫ	
Карандеева А.В. ....	349
СЕМЕЙНОЕ НЕБЛАГОПОЛУЧИЕ В ТЕОРИИ СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЫ	
Никонова В.И. ....	350
РУССКИЙ ЖЕСТОВЫЙ ЯЗЫК - СРЕДСТВО СОЦИАЛИЗАЦИИ ГЛУХИХ И СЛАБОСЛЫШАЩИХ	
Лакеева Ю.А. ....	350
ИЗМЕНЕНИЯ В СТРУКТУРЕ РОССИЙСКОЙ СЕМЬИ	
Ахметова Р.Р. ....	350
НАДОМНОЕ СОЦИАЛЬНОЕ ОБСЛУЖИВАНИЕ ГРАЖДАН ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА В Г. КАЗАНИ: АНАЛИЗ, ПУТИ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ	
Ильина М.Г. ....	351
ТЕХНОЛОГИИ СОЦИОКУЛЬТУРНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ГРАЖДАН ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА В ДОМАХ-ИНТЕРНАТАХ КАК СРЕДСТВО ПОВЫШЕНИЯ ЖИЗНЕННОЙ АКТИВНОСТИ	
Абдулхакова Г.З. ....	351
АНИМАЛОТЕРАПИЯ В СОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ	
Иноземцева Т.С. ....	351
ОККУПАЦИОННАЯ ТЕРАПИЯ КАК НАПРАВЛЕНИЕ СОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ	
Дедкова А.Ф. ....	352
ОСОБЕННОСТИ РЕАБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ РАЗНЫХ ВОЗРАСТОВ	
Базарнова Ж.А. ....	352
АНАЛИЗ СИТУАЦИИ СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ ГРАЖДАН ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА НА ДОМУ (НА ПРИМЕРЕ ЦЕНТРА СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ НАСЕЛЕНИЯ)	
Кузнецова Ю.Д. ....	353
МЕЖВЕДОМСТВЕННОЕ СОЦИАЛЬНОЕ ПАТРОНИРОВАНИЕ КАК ЭФФЕКТИВНАЯ СИСТЕМА РЕАБИЛИТАЦИИ СЕМЕЙ, НАХОДЯЩИХСЯ В СОЦИАЛЬНО ОПАСНОМ ПОЛОЖЕНИИ	
Шараева О.А. ....	353
КЛИЕНТ СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЫ	
Макарова А.А. ....	353
ОРГАНИЗАЦИЯ СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ ГРАЖДАН ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА В СОЦИАЛЬНО-РЕАБИЛИТАЦИОННОМ ОТДЕЛЕНИИ	
Ганиева Г.А. ....	354
ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ГОТОВНОСТЬ БУДУЩИХ СПЕЦИАЛИСТОВ СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЫ К ПРОФЕССИИ	
Султанова Д.Р. ....	354
ПРЕДСТАВЛЕНИЕ НАСЕЛЕНИЯ О ГЕНДЕРНОМ НЕРАВЕНСТВЕ (ПО РЕЗУЛЬТАТАМ АНКЕТИРОВАНИЯ)	
Андреевская А.П. ....	354
ВЗАИМОСВЯЗЬ СОЦИАЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ И СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЫ	
Порфирьева Н.Э. ....	355

ТЕХНОЛОГИИ СОЦИАЛЬНОГО ПРОЕКТИРОВАНИЯ В СОЗДАНИИ ДОСТУПНОЙ СРЕДЫ ДЛЯ ИНВАЛИДОВ В РЕСПУБЛИКЕ ТАТАРСТАН	
Султанова Д.Р. ....	355
СОЦИАЛЬНАЯ ОТВЕТСТВЕННОСТЬ МАСС-МЕДИА В ИНФОРМАЦИОННОМ ОБЩЕСТВЕ: РЕГИОНАЛЬНЫЙ АСПЕКТ	
Бортникова В.В. ....	356
ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ИНВАЛИДОВ	
Семенов А.А. ....	356
КАФЕДРЕ ЭКОНОМИЧЕСКОЙ ТЕОРИИ И СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЫ - 70 ЛЕТ!	
Кузнецова Ю.Д. ....	357
«ТРУДНАЯ ЖИЗНЕННАЯ СИТУАЦИЯ», ТРУДНАЯ ЖИЗНЕННАЯ СИТУАЦИЯ ЛЮДЕЙ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ	
Бадретдинова А.Р. ....	357
ТЕХНОЛОГИЯ ОБЕСПЕЧЕНИЯ ЖИЛЬЕМ МОЛОДЫХ СЕМЕЙ Г.КАЗАНИ	
Исаева Е.А. ....	357
ИССЛЕДОВАНИЕ ОБРАЗА ЖИЗНИ СОТРУДНИКА КОЛЛЕКТИВА	
Сагдиева Д.Р. ....	358
ДЕТИ С РАССТРОЙСТВОМ АУТИЧЕСКОГО СПЕКТРА ЗАБОЛЕВАНИЙ:ПРОБЛЕМА ИНТЕГРАТИВНОГО ОБРАЗОВАНИЯ	
Насибуллина Я.Р. ....	358
СОЦИАЛЬНАЯ РАБОТА С МАЛООБЕСПЕЧЕННЫМИ СЕМЬЯМИ	
Зиннурова А.Ф. ....	359
БЛАГОТВОРИТЕЛЬНОСТЬ КАК УСЛОВИЕ СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЫ	
Сахибуллина А.И. ....	359
СОЦИАЛЬНАЯ РАБОТА С ЛИЦАМИ БЕЗ ОПРЕДЕЛЕННОГО МЕСТА ЖИТЕЛЬСТВА	
Хакимзянова А.А. ....	359
СОЦИАЛЬНО ОРИЕНТИРОВАННЫЕ НЕКОММЕРЧЕСКИЕ ОРГАНИЗАЦИИ	
Пепенникова Т.Н. ....	360
ПРОЦЕСС ОРГАНИЗАЦИИ ПОДДЕРЖИВАЕМОГО ПРОЖИВАНИЯ ДЕТЕЙ И ВЗРОСЛЫХ С МНР	
Латыпова А.А., Муртазина Л.Э. ....	360
КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ КАК ТЕХНОЛОГИЯ СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЫ С СЕМЬЯМИ, ВОСПИТЫВАЮЩИМИ ДЕТЕЙ-ИНВАЛИДОВ	
Муртазина Л.Э. ....	360
ВЫНУЖДЕННАЯ МИГРАЦИЯ: ПРОБЛЕМЫ БЕЖЕНЦЕВ И ВЫНУЖДЕННЫХ ПЕРЕСЕЛЕНЦЕВ	
Исакова А.Р. ....	361

## СОЦИАЛЬНАЯ РАБОТА В ЗДРАВООХРАНЕНИИ

ПРОБЛЕМЫ ОРГАНИЗАЦИИ СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЫ КАК СОСТАВЛЯЮЩЕЙ ПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ В ПРАКТИКЕ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ КЛИНИКИ	
Осипова Я.А. ....	361
ОПЫТ ДОБРОВОЛЬЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ В ПРОФИЛАКТИКЕ ПОТРЕБЛЕНИЯ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ ДЕТЬМИ - СИРОТАМИ	
Тихонова Л.В. ....	362
ДОСТУПНАЯ СРЕДА ДЛЯ ИНВАЛИДОВ В МЕДИЦИНСКИХ УЧРЕЖДЕНИЯХ ПРИВОЛЖСКОГО РАЙОНА Г. КАЗАНИ	
Камалова А.М. ....	362
ОРГАНИЗАЦИЯ ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ ДЕТЯМ С РЕДКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ	
Латыпова А.А. ....	363
ШКОЛА ДЛЯ РОДИТЕЛЕЙ ДЕТЕЙ, СТРАДАЮЩИХ РЕДКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ (РЗ), КАК СПОСОБ ПОВЫШЕНИЯ ИХ ПРАВОВОЙ ГРАМОТНОСТИ	
Муртазина Л.Э. ....	363
СОЦИАЛЬНО-МЕДИЦИНСКАЯ РАБОТА С ЮНЫМИ МАТЕРЯМИ	
Каташова Н.Э. ....	363

## СОЦИОЛОГИЯ

ГЕНДЕРНЫЙ АНАЛИЗ КЛИЕНТОВ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ	
Габидуллина М.Ш. ....	364
ГЕНДЕРНЫЕ АСПЕКТЫ БРАЧНОГО ПОВЕДЕНИЯ СОВРЕМЕННОЙ МОЛОДЕЖИ	
Кутузова А.М. ....	364
ИНКЛЮЗИВНАЯ ГОРОДСКАЯ СРЕДА ДЛЯ ЛЮДЕЙ С ИНВАЛИДНОСТЬЮ	
Никонова А.А. ....	365
ДЕПРИВАЦИЯ СОЦИАЛЬНОЙ АДАПТАЦИИ СТУДЕНТОВ С ИЗБЫТОЧНОЙ МАССОЙ ТЕЛА	
Фастова Е.А. ....	365
ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ ОБРАЗОВАНИЕ И ПЕРСПЕКТИВЫ ТРУДОУСТРОЙСТВА ЛИЦ С МЕНТАЛЬНОЙ ИНВАЛИДНОСТЬЮ	
Мифтахова Л.Р. ....	366
ОТНОШЕНИЕ К ГОМОСЕКСУАЛЬНОСТИ: ОПЫТ ИССЛЕДОВАНИЯ МОЛОДЕЖИ РОССИИ, СТРАН БЛИЖНЕГО И ДАЛЬНОГО ЗАРУБЕЖЬЯ	
Гудз Д.О. ....	366
ОПТИМАЛЬНАЯ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ УЧЕБНОЙ НЕДЕЛИ В НАЧАЛЬНОЙ ШКОЛЕ: БЫТЬ ЛИ ПЯТИДНЕВКЕ	
Якубовская Г.А., Тимофеева Д.В., Ахметвалиева Г.Р. ....	366
ОЦЕНКА РИСКА, СВЯЗАННОГО С ВОЗДЕЙСТВИЕМ ПОВЕДЕНЧЕСКИХ ФАКТОРОВ РИСКА НА ЗДОРОВЬЕ РАБОТНИКОВ ПРОМЫШЛЕННОГО ПРЕДПРИЯТИЯ (НА ПРИМЕРЕ ПРЕДПРИЯТИЯ КАЛИЙНОЙ ПРОМЫШЛЕННОСТИ)	
Рязанова Е.А. ....	367
ПРОБЛЕМЫ ЖЕСТОКОГО ОБРАЩЕНИЯ С ДЕТЬМИ В СЕМЬЕ И МЕРЫ ЕГО ПРОФИЛАКТИКИ	
Талипова Л.А. ....	367

СОВРЕМЕННАЯ РОССИЙСКАЯ ИДЕОЛОГИЯ И МЕХАНИЗМЫ ЕЕ ФОРМИРОВАНИЯ	
Ипатов Д.С. ....	367
ЗАЧЕМ ПЛАТИТЬ, ЕСЛИ МОЖНО ПРОЕХАТЬ БЕСПЛАТНО?	
Абдуллин И.И., Кукушкин С.И., Зиннуров Р.Р. ....	368
ДОМАШНЕЕ НАСИЛИЕ КАК СОЦИАЛЬНАЯ ПРОБЛЕМА	
Гаязова С.Р. ....	368
ЗДОРОВЬЕ НАЦИИ КАК ОСНОВНОЙ РЕСУРС РАЗВИТИЯ ЭКОНОМИКИ	
Петрашкина У.О. ....	368
ОТНОШЕНИЕ СТУДЕНТОВ К ФОРМИРОВАНИЮ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ В УСЛОВИЯХ СРЕДНЕГО ГОРОДА	
Каржанина В.С., Ткачева О.А. ....	369
ПУБЛИЧНЫЕ АРЕНА КАК СРЕДСТВО РЕПРЕЗЕНТАЦИИ СОЦИАЛЬНЫХ ПРОБЛЕМ	
Фахретдинова Л.М. ....	369

## СТОМАТОЛОГИЯ

ЦИТОКИНОВЫЙ ПРОФИЛЬ У ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННОЙ РАСЩЕЛИНОЙ ГУБЫ И НЕБА	
Тожиев Ф.И., Бадриддинов Б.Б. ....	370
ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ ПОЛОМОК МЕТАЛЛОКЕРАМИЧЕСКИХ КОНСТРУКЦИЙ	
Камалов И.Г. ....	370
ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ ДИЛАЦЕРАЦИЯ ЗУБОВ СРЕДИ ПАЦИЕНТОВ ОРТОДОНТИЧЕСКОЙ КЛИНИКИ	
Никифоров П.В., Фирсова И.В., Давыдова Н.В. ....	370
НОВАЯ КОНСТРУКЦИЯ БРЕКЕТА С АКТИВНЫМ ПАЗОМ	
Гордеев А.В., Венатовская Н.В. ....	371
РЕЗУЛЬТАТЫ ОЦЕНКИ ОБРАЩАЕМОСТИ ПАЦИЕНТОВ ЗА ОРТОДОНТИЧЕСКОЙ ПОМОЩЬЮ	
Шаймарданова Г.Ф. ....	371
СОЧЕТАННАЯ ИЗМЕНЧИВОСТЬ ЛИЦЕВОГО ЧЕРЕПА ПО ЛИЦЕВОМУ ИНДЕКСУ И ЛИЦЕВОМУ УГЛУ	
Филин Д.Н., Гаврюшова Л.В., Яковлев Н.М. ....	371
ОПТИМАЛЬНОЕ РАСПОЛОЖЕНИЕ УСТУПА ПРИ ИЗГОТОВЛЕНИИ МЕТАЛЛОКЕРАМИЧЕСКИХ КОРОНОК	
Хабибрахманов И.И. ....	372
СРАВНИТЕЛЬНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ОРТОПЕДИЧЕСКИХ КОНСТРУКЦИЙ С ВОССТАНОВЛЕНИЕМ ЭНДОДОНТИЧЕСКИ	
ПРОЛЕЧЕННЫХ ЗУБОВ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ СТЕКЛОВОЛОКОННЫХ ШТИФТОВ И ЛИТЫХ ШТИФТОВО-КУЛЬТЕВЫХ	
ВКЛАДОВ	
Ахмедова Ю.А., Клементьева А.В. ....	372
СРАВНИТЕЛЬНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ КОМПОЗИТНЫХ И КЕРАМИЧЕСКИХ РЕСТАВРАЦИЙ ПРИ ВОССТАНОВЛЕНИИ	
МЕЗИО-ОККЛЮЗИОННО-ДИСТАЛЬНЫХ ПОЛОСТЕЙ	
Сафина Г.Ф., Сиразетдинов Н.И. ....	372
СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА КРАЕВОГО ПРИЛЕГАНИЯ КЕРАМИЧЕСКИХ ВКЛАДОВ ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ РАЗЛИЧНЫХ	
ПОЛИРОВОЧНЫХ СИСТЕМ	
Гильманова Г.С., Билалов И.Р. ....	373
РЕЗУЛЬТАТ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО ОСМОТРА ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА В ДЕТСКОЙ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ	
ПОЛИКЛИНИКЕ №5 ГОРОДА КАЗАНИ	
Зайнуллина Д.Г. ....	373
ПРИМЕНЕНИЕ ICON В ПЕРИОД СМЕННОГО ПРИКУСА ПРИ ЛЕЧЕНИИ НАЧАЛЬНОГО КАРИЕСА	
Самханова З.Н. ....	374
УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ИЗГОТОВЛЕНИЯ МЕТАЛЛОПЛАСТМАССОВЫХ ПРОТЕЗОВ	
Усманова Н.Р., Салеева Л.Р. ....	374
КЛИНИЧЕСКОЕ ПРИМЕНЕНИЕ ГИДРООКСИДА КАЛЬЦИЯ В ЭНДОДОНТИИ	
Березин В.А., Исмагилов О.Р. ....	375
ПРИМЕНЕНИЕ ЭНЗИМОТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ С ПЕРЕЛОМАМИ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ	
Жураев Б.Н., Тожиев Ф.И. ....	375
О ГИСТОЛОГИЧЕСКОМ СТАТУСЕ ПРОТЕЗНОГО ЛОЖА У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ	
Бадриддинов Б.Б., Тожиев Ф.И. ....	375
УРОВЕНЬ ГИГИЕНЫ ПОЛОСТИ РТА У ПОДРОСТКОВ С РАЗЛИЧНЫМ ПАРОДОНТОЛОГИЧЕСКИМ СТАТУСОМ	
Мухутдинова Ю.Р., Мухамедзянова А.И. ....	376
ПУЛЬПИТ ВРЕМЕННЫХ ЗУБОВ: СООТВЕТСТВИЕ КЛИНИЧЕСКОГО И ГИСТОЛОГИЧЕСКОГО ДИАГНОЗА	
Саматова Р.З., Чернушина Н.А. ....	376
ЧАСТОТА И ПРИЧИНЫ УДАЛЕНИЯ ПОСТОЯННЫХ ЗУБОВ В ОРТОДОНТИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ	
Цветков Н.Ю. ....	376
ИЗУЧЕНИЕ ВОЗРАСТНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ ЛИЦЕВЫХ ПАРАМЕТРОВ ПАЦИЕНТОВ ПРИ ПОМОЩИ ФОТОМЕТРИИ	
Игнатьева Л.А., Тарасова А.О., Усманова Н.Р. ....	377
ЧАСТОТА РАЗВИТИЯ ЦИРКУЛЯРНОГО КАРИЕСА У ДЕТЕЙ ДО ГОДА ЖИЗНИ	
Игнатьева Л.А. ....	377
УРОВЕНЬ САНИТАРНО-ГИГИЕНИЧЕСКИХ НАВЫКОВ УЧАЩИХСЯ ШКОЛЫ 131	
Павлуцкая А.В. ....	378
ИСПОЛЬЗОВАНИЕ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ В ДИАГНОСТИКЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНЫХ ПАЗУХ	
Цветков Н.Ю. ....	378
ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ ПИТАНИЯ БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН НА СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС	
Гайнуллина Д.К. ....	378
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ КОМПЛЕКСА ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ГИГИЕНИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ У БОЛЬНЫХ РАКОМ	
МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ВО ВРЕМЯ ПРОВЕДЕНИЯ II ЦИКЛА ПОЛИХИМИОТЕРАПИИ	
Сухина И.С. ....	379
ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЯ ИНТЕНСИВНОСТИ ПОРАЖЕНИЯ КАРИЕСОМ ПОЛОСТЕЙ ЗУБОВ В ВОЗРАСТНОМ АСПЕКТЕ	
СРЕДИ ДЕТСКОГО НАСЕЛЕНИЯ	
Романчук Е.В. ....	379

ИЗУЧЕНИЕ ПРИЧИН ЗАДЕРЖКИ ПРОРЕЗЫВАНИЯ ПОСТОЯННЫХ ЗУБОВ У ДЕТЕЙ	
Минигулов И.В., Сиразеев И.Р. ....	380
ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С ЮНОШЕСКОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА	
Минигулов И.В., Сиразеев И.Р. ....	380
РАЗВИТИЕ КАРИЕСА ЗУБОВ И ЕГО ОСЛОЖНЕНИЙ С ЛЕГОЧНЫМИ ФОРМАМИ ТУБЕРКУЛЕЗА	
Мухаметзянова З.И. ....	380
ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПОКРЫВНЫХ ПРОТЕЗОВ В КЛИНИКЕ ОРТОПЕДИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ	
Сафина Г.Ф. ....	381
ПАРОДОНТАЛЬНЫЙ СТАТУС ПАЦИЕНТОВ С НЕСЪЕМНЫМИ ОРТОПЕДИЧЕСКИМИ КОНСТРУКЦИЯМИ	
Фазлиева Л.И. ....	381
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МАКСИЛАКА ПРИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПАРОДОНТА	
У СПОРТСМЕНОВ ОЛИМПИЙСКОГО РЕЗЕРВА	
Кузьмина Ж.И. ....	381
ВЛИЯНИЕ РАЗЛИЧНЫХ ФАКТОРОВ РИСКА НА РАЗВИТИЕ РЕЦЕССИИ ДЕСНЫ	
Костина О.В. ....	382
УРОВЕНЬ ГИГИЕНИЧЕСКИХ ЗНАНИЙ У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН ПО ВОПРОСАМ ИНДИВИДУАЛЬНОЙ	
ГИГИЕНЫ ПОЛОСТИ РТА	
Мифтахова А.А., Минкина А.Р. ....	382
ПРИМЕНЕНИЕ УЛЬТРАФОНОФОРЕЗА 15% РАСТВОРА ДИМЕФОСФОНА В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО	
ГЕНЕРАЛИЗОВАННОГО КАТАРАЛЬНОГО ГИНГИВИТА	
Захарова О.В., Залалдинова Е.Н., Азуров М.И. ....	383
СОВРЕМЕННЫЕ ЛАЗЕРНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ДЕТСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ	
Егорова А.В. ....	383
АНАЛИЗ ПРИЧИН АЛЬВЕОЛИТА	
Полякова Д.А. ....	383
ПРИМЕНЕНИЕ ТЕРМОПЛАСТОВ В ОРТОПЕДИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ	
Синицин А.Ю. ....	384
БИСФОСФОНАТНЫЕ И ДЕЗМОРФИНОВЫЕ ОСТЕОНЕКРОЗЫ ЧЕЛЮСТНЫХ КОСТЕЙ	
Синицин А.Ю. ....	384
АНАЛИЗ ФАКТОРОВ, ВЛИЯЮЩИХ НА ИЗМЕНЕНИЕ КРИСТАЛЛОГРАФИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ РОТОВОЙ ЖИДКОСТИ У	
ЗДОРОВЫХ ЛЮДЕЙ	
Гильманова Г.С. ....	385
АНАЛИЗ ВЛИЯНИЯ ДЕЗИНФИЦИРУЮЩИХ РАСТВОРОВ НА ОБЪЕМНЫЕ ПАРАМЕТРЫ АЛЬГИНАТНЫХ И СИЛИКОНОВЫХ	
ОТТИСКОВ	
Плешнёв А.С, Сунгатулина А.И. ....	385
СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЕ ОТТИСКНЫЕ МАТЕРИАЛЫ	
Шакирова М.Н, Салеева Л.Р. ....	385

## СУДЕБНАЯ МЕДИЦИНА

ПУТИ ОПТИМИЗАЦИИ ПРОИЗВОДСТВА СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКИХ ЭКСПЕРТИЗ ПО ДЕЛА О КАЧЕСТВЕ ОКАЗАНИЯ	
МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ	
Попова О.С. ....	386
АНАЛИЗ СТРУКТУРЫ НАСИЛЬСТВЕННОЙ СМЕРТИ ПО РЕСПУБЛИКЕ ТАТАРСТАН ЗА 2005-2013 ГГ	
Хасанова Э.А. ....	386
КОМПЬЮТЕРНО-ТОМОГРАФИЧЕСКИЕ ПРЕДИКТОРЫ ИСХОДОВ ТЯЖЕЛОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ	
Баяндина С.М. ....	386
К ВОПРОСУ О ВОССТАНОВЛЕНИИ МОРФОЛОГИЧЕСКОЙ СТРУКТУРЫ ПОВРЕЖДЕНИЙ НА МЯГКИХ ТКАНЯХ ТЕЛА	
Мазитова К.Н. ....	387
УСТАНОВЛЕНИЕ МЕХАНИЗМА ОБРАЗОВАНИЯ СЛЕДОВ КРОВИ НА ОБЪЕКТАХ-НОСИТЕЛЯХ	
Мазитова К.Н. ....	387
СРАВНЕНИЕ ВОЗМОЖНОСТЕЙ ФОРМАЛИНА И ГЛИОКСАЛЯ В КАЧЕСТВЕ ФИКСАТОРОВ ЖИВОТНОГО БИОМАТЕРИАЛА	
Никулина О.А. ....	388

## ТРАВМАТОЛОГИЯ И ОРТОПЕДИЯ

СОПРЯЖЕННОСТЬ ПЕРИМЕТРА ПОЗВОНОЧНЫХ ОТВЕРСТИЙ ШЕЙНЫХ ПОЗВОНКОВ С ИХ ПОПЕРЕЧНЫМ И ПРОДОЛЬНЫМ	
ДИАМЕТРАМИ	
Анисимов Д.И., Кесов А.Л., Бойко Л.П. ....	388
ЗАКОНОМЕРНОСТИ ИЗМЕНЧИВОСТИ РЕНТГЕНО-МОРФО-БИОМЕХАНИЧЕСКИХ ХАРАКТЕРИСТИК ПРИ ДИСПЛАТИЧЕСКОМ	
АРТРОЗЕ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА	
Юсупов К.С., Анисимов Д.И., Немоляев Р.П. ....	388
«ИССЛЕДОВАНИЕ МИКРОЦИРКУЛЯЦИИ ПРИ БОЛЕЗНИ ЛЕГГ-КАЛЬВЕ-ПЕРТЕСА»	
Сагъдиев А.И., Стергунова Н.А. ....	389
ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ОБШИРНЫМИ И КРИТИЧЕСКИМИ ОЖОГАМИ В УСЛОВИЯХ СОЗДАНИЯ ИНДИВИДУАЛЬНОГО	
МИКРОКЛИМАТА	
Магомедрасулова М.И. ....	389
ОКАЗАНИЕ ПЕРВОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПОСТРАДАВШИМ В ДОРОЖНО-ТРАНСПОРТНЫХ ПРОИСШЕСТВИЯХ	
ВОДИТЕЛЯМИ ТРАНСПОРТНЫХ СРЕДСТВ	
Фаттахова Р.Р. ....	389
СОТРУДНИКИ ГИБДД - ОРГАНИЗОВАННЫЕ УЧАСТНИКИ ОКАЗАНИЯ ПЕРВОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПОСТРАДАВШИМ	
ПРИ ДТП	
Полякова Д.А. ....	390

СУБЪЕКТИВНАЯ ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМИ, ПЕРЕНЕСШИМИ АВТОДОРОЖНУЮ ТРАВМУ	390
Сморкалова А.О. ....	
МЕДИКО-ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ ПЕРВОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПОСТРАДАВШИМ В ДОРОЖНО- ТРАНСПОРТНЫХ ПРОИСШЕСТВИЯХ	391
Сморкалова А.О. ....	
ИССЛЕДОВАНИЕ СВОЙСТВ ИМПЛАНТАТОВ С ПОКРЫТИЕМ НА ОСНОВЕ СВЕРХТВЕРДЫХ СОЕДИНЕНИЙ В ЭКСПЕРИМЕНТЕ	391
Семакина Е.В., Манирабона Ж.К. ....	
ОСОБЕННОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ У ПОСТРАДАВШИХ ИНФИЦИРОВАННЫХ ВИЧ И ГЕПАТИТОМ С	391
Ахметзянов А.Ш., Горелкин И.В. ....	
ДИАГНОСТИКА КОНТРАКТУРЫ ДЮПЮИТРЕНА ПО ДАННЫМ <sup>1</sup> H-ЯМР СПЕКТРОСКОПИИ	392
Абдул Джабар А.Г. ....	
СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА	392
Губайдуллина К.Д., Султанова А.У., Бакирова Д.Р. ....	
ЭВОЛЮЦИЯ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ТРАВМ ПЛЕЧЕВОГО СПЛЕТЕНИЯ	393
Борисов Д.В., Губаева Д.Н. ....	
ВЫВИХ КАК ОСЛОЖНЕНИЕ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА	393
Гаврилова А.А., Федотова П.Г. ....	
РЕВМАТОИДНАЯ КИСТЬ-ПРОБЛЕМЫ РЕШЕНИЯ	393
Шамсиев Ф.Б. ....	

## УРОЛОГИЯ

ВЫБОР МЕТОДА ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ АДЕНОМЫ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ	394
Абдурахманов Р.А. ....	
ТАКТИКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЕ ПРИ ОСЛОЖНЕННЫХ ФОРМАХ ПИЕЛОНЕФРИТА У БЕРЕМЕННЫХ	394
Ходжамуродов А.М., Умарова З.И., Ибодова Г.Х. ....	
ПРОБЛЕМЫ ДИАГНОСТИКИ НЕДЕРЖАНИЯ МОЧИ У ПАЦИЕНТОВ С АДЕНОМОЙ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ	395
Камалетдинов Р.Э. ....	
ОПТИМИЗАЦИЯ ДИАГНОСТИКИ НЕДЕРЖАНИЯ МОЧИ У ЖЕНЩИН	395
Аксенова Л.А. ....	
ПРОБЛЕМА ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО БАКТЕРИАЛЬНОГО ПРОСТАТИТА	395
Юлдашев Э.А. ....	
АЛГОРИТМ ДИАГНОСТИКИ АДЕНОМЫ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ	396
Султанов А.Р. ....	
ПУТИ ПОВЫШЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ ДИАГНОСТИКИ МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ	396
Кутдусов Р.Ш. ....	
РЕЗУЛЬТАТЫ ЭКСПЕРИМЕНТА ПО ИСПОЛЬЗОВАНИЮ БИОЛОГИЧЕСКОГО КЛЕЯ ПРИ УРЕТРОУРЕТРОАНАСТОМОЗЕ	396
Дибиров Н.М. ....	
ПРОФИЛАКТИКА ОСЛОЖНЕНИЙ КОНТАКТНОЙ УРЕТЕРОЛИТОТРИПСИИ	397
Касимов М.Р. ....	

## ФАРМАЦИЯ

РАЗРАБОТКА ЭКСПРЕСС-МЕТОДА КОЛИЧЕСТВЕННОГО ОПРЕДЕЛЕНИЯ СУММЫ ФЛАВОНОИДОВ В ТРАВЕ ЧЕРЕДЫ	397
Петрова Д.Н. ....	
РАЗРАБОТКА ТВЕРДОЙ ЛЕКАРСТВЕННОЙ ФОРМЫ ДЕЗЛОРАТАДИНА	398
Лефтерова М.И. ....	
РАЗРАБОТКА СПОСОБОВ КУЛОНОМЕТРИЧЕСКОГО ОПРЕДЕЛЕНИЯ ВОДЫ В СУБСТАНЦИЯХ БЕТА-ЛАКТАМНЫХ АНТИБИОТИКОВ	398
Калинкина Е.А. ....	
СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ МЕТОДА ОПРЕДЕЛЕНИЯ ВОДЫ В СУБСТАНЦИИ РОЗУВАСТАТИНА	398
Шабалина Е.А. ....	
СРАВНИТЕЛЬНОЕ ИЗУЧЕНИЕ СВОЙСТВ ИНТЕРПОЛИЭЛЕКТРОЛИТНЫХ КОМПЛЕКСОВ С УЧАСТИЕМ EUDRAGIT EPO И EUDRAGIT L100-55 СОПОЛИМЕРОВ	399
Рубцова Е.В. ....	
СРАВНИТЕЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ГАСТРОРЕТЕНТИВНЫХ СИСТЕМ ДОСТАВКИ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ВЕЩЕСТВ НА ОСНОВЕ ХИМИЧЕСКИ КОМПЛЕМЕНТАРНЫХ СОПОЛИМЕРОВ EUDRAGIT® И ХИТОЗАН	399
Шайхрамова Р.Н. ....	
ФИЗИКО-ХИМИЧЕСКОЕ И ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПОЛИМЕТАКРИЛАТНЫХ КОМПЛЕКСОВ, ОБРАЗОВАННЫХ EUDRAGIT RL И ТРЕМЯ КОМПЛЕМЕНТАРНЫМИ ПОЛИАНИОНАМИ EUDRAGIT	399
Зиятдинова А.Г. ....	
КУЛОНОМЕТРИЧЕСКОЕ ОПРЕДЕЛЕНИЕ СУЛЬФАМЕТОКСАЗОЛА	400
Елизарова А.С. ....	
КУЛОНОМЕТРИЧЕСКОЕ ОПРЕДЕЛЕНИЕ ВОДЫ В СУБСТАНЦИИ СУЛЬФАМЕТОКСАЗОЛА	400
Елизарова А.С. ....	
ПОЛУЧЕНИЕ И ФИЗИКО-ХИМИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА EUDRAGIT EPO/L100 СОПОЛИМЕР-ЛЕКАРСТВЕННЫХ КОМПЛЕКСОВ	400
Алиуллова Г.Т. ....	
СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ДИФфуЗИОННО-ТРАНСПОРТНЫХ СВОЙСТВ ИПЭК НА ОСНОВЕ ПОЛИКАТИОНА EUDRAGIT® EPO И ПРОТИВОПОЛОЖНО ЗАРЯЖЕННЫХ ПОЛИМЕРОВ	401
Николаева Э.В. ....	
К ИССЛЕДОВАНИЮ ДИНАМИКИ ОТРАВЛЕНИЙ ХИМИЧЕСКОЙ ЭТИОЛОГИИ НАСЕЛЕНИЯ РЯЗАНСКОЙ ОБЛАСТИ	401
Филиппова А.С. ....	

РАЗРАБОТКА СИРОПА С АНТИГИСТАМИННЫМ ПРЕПАРАТОМ ПОСЛЕДНЕГО ПОКОЛЕНИЯ Гордеева О.Ю. ....	401
ПРИМЕНЕНИЕ МИКРОВОЛНОВОГО РЕЗОНАТОРНОГО МЕТОДА ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ВЛАЖНОСТИ В ЛИСТЬЯХ ТОЛОКНЯНИКИ И БРУСНИКИ Канзафарова А.Н. ....	402
ВЛИЯНИЕ ВЫХОДА РЕКОМЕНДАЦИЙ НА ПРАКТИКУ ЛЕЧЕНИЯ ИНФАРКТА МОЗГА Приходько В.В., Ващенко А.А. ....	402
РАЗРАБОТКА СОСТАВА И ТЕХНОЛОГИИ ЛЕЧЕБНО-КОСМЕТИЧЕСКОГО СРЕДСТВА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ УГРЕВОЙ СЫПИ Югаметова А.М. ....	402
СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ АНАЛИЗА ЛИСТЬЕВ ШАЛФЕЯ ЛЕКАРСТВЕННОГО И ИЗУЧЕНИЕ ИХ АНТИБАКТЕРИАЛЬНЫХ СВОЙСТВ Николаева А.Н. ....	403
ИЗУЧЕНИЕ АССОРТИМЕНТА ДЕТСКИХ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ФОРМ АПТЕЧНОГО ИЗГОТОВЛЕНИЯ Хаятов А.Р. ....	403
РАЗРАБОТКА ЭКСПРЕСС–МЕТОДА КОЛИЧЕСТВЕННОГО ОПРЕДЕЛЕНИЯ СУММЫ ФЛАВОНОИДОВ В ЦВЕТКАХ НОГOTKОВ Зиганшина Л.А. ....	403
МНОГОФАКТОРНОЕ МАТЕМАТИЧЕСКОЕ МОДЕЛИРОВАНИЕ ПОТРЕБНОСТИ В АНТИРЕТРОВИРУСНЫХ ПРЕПАРАТАХ ДЛЯ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ БОЛЬНЫХ ВИРУСНЫМ ГЕПАТИТОМ С В РЕСПУБЛИКЕ ТАТАРСТАН Павлов Д.В. ....	404
ИССЛЕДОВАНИЯ ПО РАЗРАБОТКЕ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОГО ПРЕПАРАТА ИЗ ЛИСТЬЕВ ЭВКАЛИПТА ПРУТОВИДНОГО Ястребова К.Г. ....	404
РАЗРАБОТКА ЭКСПРЕСС–МЕТОДА КОЛИЧЕСТВЕННОГО ОПРЕДЕЛЕНИЯ СУММЫ ФЛАВОНОИДОВ В ТРАВЕ ГОРЦА ПТИЧЬЕГО Иванова С.А. ....	404
ОПРЕДЕЛЕНИЕ ТЕМПЕРАТУРЫ СУШКИ ГРАНУЛЯТА КАК КРИТИЧЕСКОГО ПАРАМЕТРА ПРОИЗВОДСТВА Кашапова К.И. ....	405
ИССЛЕДОВАНИЕ ПРОБЛЕМ, СВЯЗАННЫХ С ПРОВЕДЕНИЕМ ПОДГОТОВИТЕЛЬНЫХ МЕРОПРИЯТИЙ К ТОРГАМ ДЛЯ ЗАКУПА ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ Бариев М.Ф. ....	405
СОВРЕМЕННЫЙ АССОРТИМЕНТ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ АПТЕЧНОГО ИЗГОТОВЛЕНИЯ В АПТЕКЕ №361 Г. КАЗАНИ Пильщиков В.Ю. ....	405
АНАЛИЗ ОТЕЧЕСТВЕННОГО ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОГО РЫНКА ГРУППЫ ИНГИБИТОРОВ ПРОТОННОЙ ПОМПЫ Михайлова И.В., Дмитриева Е.В. ....	406
ИЗУЧЕНИЕ АССОРТИМЕНТА ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ, ПРИМЕНЯЕМЫХ ПРИ ИНФУЗИОННО-ДЕТОКСИКАЦИОННОЙ ТЕРАПИИ В НАРКОЛОГИИ Сидуллин А.Ю. ....	406
ФИЗИКО-ХИМИЧЕСКОЕ И ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ СОПОЛИМЕР-ЛЕКАРСТВЕННЫХ КОМПЛЕКСОВ НА ОСНОВЕ EUDRAGIT EPO/S100 Ситенков А.Ю. ....	406
АНАЛИЗ АССОРТИМЕНТА НЕСТЕРОИДНЫХ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ПРЕПАРАТОВ, ПРОИЗВОДНЫХ ФЕНИЛЛУКСУСНОЙ, ФЕНИЛПРОПИОНОВОЙ И ИНДОЛИЛУКСУСНОЙ КИСЛОТ Попугаева В.В. ....	407
ФАРМАКОЭКОНОМИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ АНТИБАКТЕРИАЛЬНЫХ ПРЕПАРАТОВ ПРИ ГНОЙНО-СЕПТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЯХ У БОЛЬНЫХ С ДЕСТРУКТИВНЫМИ ФОРМАМИ ПАНКРЕАТИТА Кузнецова К.В. ....	407
ИССЛЕДОВАНИЯ ПО РАЗРАБОТКЕ И ИЗУЧЕНИЮ ТАБЛЕТОК ТРАНКИВИЗИРУЮЩЕГО И НООТРОПНОГО ДЕЙСТВИЯ. Плеханова Ю.С. ....	407
ИЗУЧЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ГЛИЦИРРИЗИНОВОЙ КИСЛОТЫ В МОДЕЛИ ОСТРОГО ТОКСИКОЗА, ИНДУЦИРОВАННОГО ЦИКЛОФОСФАМИДОМ Андреева Н.А., Шумалкина Д.А. ....	408
НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ОРГАНИЗАЦИИ ОБЕСПЕЧЕНИЯ НАСЕЛЕНИЯ ЛЕКАРСТВЕННЫМИ ФОРМАМИ ИНДИВИДУАЛЬНОГО ИЗГОТОВЛЕНИЯ (НА ПРИМЕРЕ АПТЕКИ №361 ГУП "ТАТТЕХМЕДФАРМ") Давлетова Г.Р. ....	408
РАЗРАБОТКА ЭКСПРЕСС–МЕТОДА КОЛИЧЕСТВЕННОГО ОПРЕДЕЛЕНИЯ СУММЫ ФЛАВОНОИДОВ В ЛИСТЬЯХ БЕРЕЗЫ Габтрахманова М.Н. ....	408

## ФИЗИОЛОГИЯ И ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНАЯ МЕДИЦИНА

ВЛИЯНИЕ КСИМЕДОНА НА ВНУТРИКЛЕТОЧНОЕ СОДЕРЖАНИЕ $Ca^{2+}$ В НЕЙРОНАХ МОЗЖЕЧКА IN VITRO Вуколва М.О. ....	409
СРАВНЕНИЕ ОСНОВНЫХ ХАРАКТЕРИСТИК ПАМЯТИ У СТУДЕНТОВ 1-2 КУРСА Мулдашева А.Э. ....	409
ВЛИЯНИЕ ЗАЛЬФА-ХОЛЕСТАН-4-ОНА НА РИТМ СОКРАЩЕНИЯ И СА-СИГНАЛЫ В ПРАВЫХ ПРЕДСЕРДИЯХ МЫШИ Сычёв В.И. ....	410
ОКСИСТЕРОЛ (5-АЛЬФА-ХОЛЕСТАН-3-ОН) УГНЕТАЕТ МОБИЛИЗАЦИЮ СИНАПТИЧЕСКИХ ВЕЗИКУЛ В НЕРВНО-МЫШЕЧНЫХ СИНАПСАХ МЫШИ Касимов М.Р. ....	410
РЕАКЦИЯ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ИНОТРОПНОЙ ФУНКЦИИ МИОКАРДА У НЕПОЛОВОЗРЕЛЫХ СПОНТАННО ГИПЕРТЕНЗИВНЫХ КРЫС Чибирева М.Д., Матвеева В.Л. ....	410
МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ РАЗЛИЧНЫХ ОТДЕЛОВ СЕРДЦА У НЕПОЛОВОЗРЕЛЫХ СПОНТАННО ГИПЕРТЕНЗИВНЫХ КРЫС Матвеева В.Л., Чибирева М.Д. ....	411
ИССЛЕДОВАНИЕ СОКРАТИТЕЛЬНОЙ ФУНКЦИИ ДИАФРАГМАЛЬНОЙ МЫШЦЫ ТРАНСГЕННЫХ МЫШЕЙ С МОДЕЛЬЮ БОКОВОГО АМИОТРОФИЧЕСКОГО СКЛЕРОЗА Нуриева Л.Р., Мухамедьяров М.А. ....	411



ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ГЕНЕТИЧЕСКИ МОДИФИЦИРОВАННЫХ МОНОНУКЛЕАРНЫХ КЛЕТОК ПУПОВИННОЙ КРОВИ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЕЗНИ АЛЬЦГЕЙМЕРА В МОДЕЛИ НА ТРАНСГЕННЫХ МЫШАХ	411
Петухова Е.О., Мухамедшина Я.О., Мухамедьяров М.А. ....	411
ОТЛИЧИТЕЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПОДДЕРЖАНИЯ ВЕРТИКАЛЬНОЙ СТОЙКИ У СПОРТСМЕНОВ РАЗНЫХ ВИДОВ СПОРТА	412
Касимова Р.Р., Мустафина Л.Д. ....	412
ИССЛЕДОВАНИЕ ИММУНОЭКСПРЕССИИ РАЗЛИЧНЫХ ПОДТИПОВ М-ХОЛИНОРЕЦЕПТОРОВ И БЕТА-АДРЕНOREЦЕПТОРОВ В МИОКАРДЕ ТРАНСГЕННЫХ МЫШЕЙ С МОДЕЛЬЮ БОЛЕЗНИ АЛЬЦГЕЙМЕРА	412
Леушина А.В., Нуруллин Л.Ф., Мухамедьяров М.А. ....	412
РАЗРАБОТКА ПОДХОДОВ К ЛЕЧЕНИЮ БОЛЕЗНИ АЛЬЦГЕЙМЕРА НА ОСНОВЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ПРОИЗВОДНЫХ 6-МЕТИЛУРАЦИЛА	412
Зуева И.В., Петухова Е.О. ....	412
ЭКЗОЦИТОЗ И ЭНДОЦИТОЗ СИНАПТИЧЕСКИХ ВЕЗИКУЛ И АСИНХРОННАЯ СЕКРЕЦИЯ МЕДИАТОРА	413
Григорьев П.Н. ....	413
ЭФФЕКТЫ ЦИКЛОСПОРИНА А НА ЭКЗОЦИТОЗ СИНАПТИЧЕСКИХ ВЕЗИКУЛ В ДВИГАТЕЛЬНЫХ НЕРВНЫХ ОКОНЧАНИЯХ МЫШИ	413
Мавлиева А.Ф. ....	413
ВЛИЯНИЕ 4-ХОЛЕСТЕН-3-ОНА НА ЭКЗОЦИТОЗ ВЕЗИКУЛ РЕЦИКЛИРУЮЩЕГО И РЕЗЕРВНОГО ПУЛОВ	413
Зинин А. А., Закирьянова Г.Ф. ....	413
ВАРИАНТ ЭКЗОЦИТОЗА ВЫЗЫВАЕМОГО УДАЛЕНИЕМ ХОЛЕСТЕРИНА ЗАВИСИТ ОТ ПРОТЕИНИНАЗЫ С	414
Яковлева А.А. ....	414
АКТИВАЦИЯ БЕТА2-АДРЕНOREЦЕПТОРОВ ВЕДЕТ К НАДФН-ОКСИДАЗА ЗАВИСИМОМУ УСИЛЕНИЮ ПРОДУКЦИИ АКТИВНЫХ ФОРМ КИСЛОРОДА	414
Косарева А.В., Одношвикина Ю.Г. ....	414
ИЗМЕНЕНИЕ АДРЕНЕРГИЧЕСКОЙ РЕГУЛЯЦИИ СОКРАТИМОСТИ МИОКАРДА МЫШЕЙ НА РАННИХ СИМПТОМНЫХ СТАДИЯХ ПАРКИНСОНИЗМА	414
Мингалева Э.Б., Билалова Д.Ф. ....	414
ВЛИЯНИЕ БЛОКАДЫ СИНТЕЗА СЕРТОНИНА В ЭМБРИОНАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ НА ФУНКЦИИ СЕРДЦА В ПОСТНАТАЛЬНОМ ОНТОГЕНЕЗЕ	415
Тараканова Р.С., Федосеева Т.С. ....	415
ВЗАИМОСВЯЗЬ ГЕМОДИНАМИКИ И КОНЦЕНТРАЦИИ КАТЕХОЛАМИНОВ В КРОВИ У ПАЦИЕНТОВ С ДРОЖАТЕЛЬНОЙ И РИГИДНОЙ ФОРМАМИ БОЛЕЗНИ ПАРКИНСОНА	415
Кузьмина О.И. ....	415
ЭФФЕКТ ИОНОВ РЕДКОЗЕМЕЛЬНЫХ МЕТАЛЛОВ НА ЭКЗОЦИТОЗ И ЭНДОЦИТОЗ СИНАПТИЧЕСКИХ ВЕЗИКУЛ В ДВИГАТЕЛЬНОМ НЕРВНОМ ОКОНЧАНИИ ХОЛОДНОКРОВНЫХ	416
Галимова Л.Ф., Плотникова А.В., Мавлиева А.Ф. ....	416
КРАТКОВРЕМЕННАЯ ПЛАСТИЧНОСТЬ В НЕРВНО-МЫШЕЧНОМ СИНАПСЕ ЛЯГУШКИ: АФК	416
Гарифуллина Ю.Н., Акулов А.В. ....	416
ВЛИЯНИЕ БЛОКАТОРОВ P2-РЕЦЕПТОРОВ НА КОГНИТИВНЫЕ ФУНКЦИИ МЫШЕЙ	416
Ясиева М.Р. ....	416
МЕМБРАННЫЙ ХОЛЕСТЕРИН В СПОНТАННОМ ЭКЗОЦИТОЗЕ. РОЛЬ АФК И КАЛЬЦИЯ	417
Петров А.М. ....	417
УЧАСТИЕ $\beta_2$ / $\beta_3$ -АДРЕНOREЦЕПТОРОВ ПРЕДСЕРДИЙ МЫШИ В ПОЛОЖИТЕЛЬНОЙ ИНОТРОПНОЙ РЕАКЦИИ НА НОРАДРЕНАЛИН	417
Мартынов А.В., Одношвикина Ю.Г., Петров А.М. ....	417
РОЛЬ ПЕРОКСИДА ВОДОРОДА В ИНОТРОПНОМ ЭФФЕКТЕ БЕТА-2-АДРЕНOREЦЕПТОРОВ	417
Одношвикина Ю.Г., Петров А.М. ....	417
ЭКЗОГЕННАЯ АТФ ВЫЗЫВАЕТ УВЕЛИЧЕНИЕ КОЛИЧЕСТВА ВНЕКЛЕТОЧНОЙ $H_2O_2$ И ПЕРЕКИСНОЕ ОКИСЛЕНИЕ ЛИПИДОВ МЕМБРАНЫ ДВИГАТЕЛЬНОГО НЕРВНОГО ОКОНЧАНИЯ	418
Гиниатуллин А.Р., Петров А.М. ....	418
ВЛИЯНИЕ НАЛИЧИЯ СКОЛИОЗА И ВЕЛИЧИНЫ НАГРУЗОЧНОГО РЕЖИМА НА СТЕПЕНЬ УПЛОЩЕННОСТИ СВОДА СТОПЫ ШКОЛЬНИКОВ	418
Тютрюмова Д.В. ....	418
ОЦЕНКА ВАРИАбельНОСТИ РИТМА СЕРДЦА СТУДЕНТОВ ПГМА	418
Конищев Д.В., Паршуков А.С. ....	418
ОСОБЕННОСТИ РАЗВИТИЯ УТОМЛЕНИЯ МЫШЦ ПРИ СТАТИЧЕСКИХ НАГРУЗКАХ У ЛИЦ, ЗАНИМАЮЩИХСЯ И НЕ ЗАНИМАЮЩИХСЯ СПОРТОМ	419
Шестакова А.В. ....	419
ВЛИЯНИЕ ТИРЕОИДНОГО СТАТУСА НА ЛИЗОСОМАЛЬНУЮ ДИСФУНКЦИЮ ПРИ СТРЕССЕ	419
Гусакова Е.А. ....	419
АНТИОКСИДАНТНАЯ КОРРЕКЦИЯ ПРИ ОТРАВЛЕНИИ САМОК ПОЛИХЛОРИРОВАННЫМИ БИФЕНИЛАМИ, А ТАКЖЕ АНАЛИЗ СОМАТИЧЕСКОГО И СЕНСОРИЧНОГО РАЗВИТИЯ ПОТОМСТВА В ПЕРВОМ И ВТОРОМ ПОКОЛЕНИИ	419
Каширина Е.П., Сахаров В.И. ....	419
ОБРАБОТКА ПОЛИПРОПИЛЕНОВЫХ СЕТЧАТЫХ ИМПЛАНТАТОВ КСЕНОГЕННОЙ ЦЕРЕБРОСПИНАЛЬНОЙ ЖИДКОСТЬЮ ДЛЯ УМЕНЬШЕНИЯ ЛОКАЛЬНОГО ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА	420
Журавель Е.А., Асанова З.В., Хатилов А.С. ....	420
ГЕННО-КЛЕТОЧНАЯ ТЕРАПИЯ МЫШЕЙ С МОДЕЛЬЮ БОКОВОГО АМИОТРОФИЧЕСКОГО СКЛЕРОЗА ГЕНЕТИЧЕСКИ МОДИФИЦИРОВАННЫМИ МОНОНУКЛЕАРНЫМИ КЛЕТКАМИ ЧЕЛОВЕКА, СВЕРХЭКСПРЕССИРУЮЩИМИ НЕЙРОНАЛЬНУЮ МОЛЕКУЛУ АДГЕЗИИ (NCAM) И ГЛИАЛЬНЫЙ НЕЙРОТРОФИЧЕСКИЙ ФАКТОР (GDNF)	420
А.А. Измайлов, З.З. Сафиуллин, В.Ю. Федотова, Е.Е. Черенкова ....	420
ИММУНОГИСТОХИМИЧЕСКОЕ ИЗУЧЕНИЕ ИММУНОЭКСПРЕССИИ БЕЛКОВ СИНАПТИЧЕСКОЙ ПЕРЕДАЧИ (SYNAPTOSOMALIN И PSD95) В МОТОНЕЙРОНАХ ПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛА СПИННОГО МОЗГА МЫШИ C57BLACK/6 ПОСЛЕ 30-СУТОЧНОГО КОСМИЧЕСКОГО ПОЛЕТА	421
Соколов М.Е. ....	421
ИЗУЧЕНИЕ ИММУНОЭКСПРЕССИИ МАРКЕРА ОЛИГОДЕНДРОЦИТОВ (OSP) В ЛЮМБАЛЬНОМ ОТДЕЛЕ СПИННОГО МОЗГА МЫШИ В УСЛОВИЯХ МОДЕЛИРОВАНИЯ ГИПОГРАВИТАЦИИ НА ЗЕМЛЕ	421
Соколов М.Е. ....	421

## ФИЛОСОФИЯ

ПОЧЕМУ АСТРОЛОГИЯ НЕ ЯВЛЯЕТСЯ НАУКОЙ Фаизова Ю.Ф. ....	421
СИНДРОМ ХАРАКТЕРОЛОГИЧЕСКОЙ НЕКРОФИЛИИ С ТОЧКИ ЗРЕНИЯ ФАКТОРА, ВЛИЯЮЩЕГО НА РЕКОНВАЛЕСЦЕНЦИЮ БОЛЬНЫХ Мисюкевич Н.Д. ....	422
ИНТЕРПРЕТАЦИЯ ФЕНОМЕНА ВАРВАРСТВА В РАБОТАХ Л.Г. МОРГАНА Гаязова С.Р. ....	422
ОБРАЗ ЧЕЛОВЕКА В КОНЦЕПЦИИ ЭРИХА ФРОММА: ОПЫТ АНАЛИЗА РАБОТ «ИМЕТЬ ИЛИ БЫТЬ?» И «БЕГСТВО ОТ СВОБОДЫ» Клементьева А.В. ....	423
ТЕОЛОГИЯ, НАУКА И ФИЛОСОФИЯ В АРАБСКОМ СРЕДНЕВЕКОВЬЕ: БИОГРАФИЧЕСКИЙ АСПЕКТ Шарипов А.А. ....	423
«ВОЗНЕСЕНИЕ» ЧЕЛОВЕЧЕСТВА: ОПЫТ ПЕРЕОЦЕНКИ КОНЦЕПЦИИ СВЕРХЧЕЛОВЕКА ФРИДРИХА НИЦШЕ Сухов В.Ю., Байрамов Г.Б. ....	423
АРХЕТИП ТРИКСТЕРА В МИРОВОЙ КУЛЬТУРЕ Назипова Д.Р. ....	424
ЭВОЛЮЦИЯ ОТРИЦАНИЯ СМЕРТИ НА ЗАПАДЕ Абдулянов Р.А. ....	424
РЕЛИГИОЗНЫЕ КОНЦЕПЦИИ СМЕРТИ Семенова М.В. ....	424
ОТ ИСТОРИЦИЗМА К СИТУАЦИОННОМУ ПОДХОДУ Седелков Д.В. ....	425

## ФТИЗИОПУЛЬМОНОЛОГИЯ

АНАЛИЗ ПРИМЕНЕНИЯ ДИАСКИНТЕСТА У БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ Павлова М.А. ....	425
АНАЛИЗ СОСТОЯНИЯ ПАЦИЕНТОВ СО СМЕРТЕЛЬНЫМ ИСХОДОМ ОТ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ, СКОНЧАВШИХСЯ В СТАЦИОНАРАХ РАЙОНОВ И ГОРОДОВ РЕСПУБЛИКИ ТАТАРСТАН ЗА 2013 ГОД Чеминава Г.Д. ....	426

## ХИМИЯ ПРИРОДНЫХ СОЕДИНЕНИЙ

СИНТЕЗ И АНТИБАКТЕРИАЛЬНАЯ АКТИВНОСТЬ АММОНИЙНЫХ СОЛЕЙ НА ОСНОВЕ ПИРИДОКСИНА Сапожников С.В. ....	426
РАЗРАБОТКА ПОДХОДА К СИНТЕЗУ БЕТА-ЗАМЕЩЕННЫХ СПИРТОВ НА ОСНОВЕ ПРОИЗВОДНЫХ ПИРИДОКСИНА Павельев Р.С., Есина О.А., Хайруллина Р.Р. ....	426
СИНТЕЗ БЕТА-АМИНОСПИРТОВ НА ОСНОВЕ ПРОИЗВОДНЫХ ПИРИДОКСИНА Есина О.А., Хайруллина Р.Р., Павельев Р.С. ....	427
НЕЛИНЕЙНО-ОПТИЧЕСКИЕ СВОЙСТВА НОВЫХ ПРОИЗВОДНЫХ ВИТАМИНА В6 Гарипов М.Р. ....	427
СИНТЕЗ БЕТА-ЗАМЕЩЕННЫХ СПИРТОВ НА ОСНОВЕ ПРОИЗВОДНЫХ ПИРИДОКСИНА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ КИСЛОРОД- И СЕРОСОДЕРЖАЩИХ НУКЛЕОФИЛОВ Хайруллина Р.Р., Есина О.Е., Павельев Р.С. ....	428
ЭЛЕКТРОФИЛЬНОЕ ПРИСОЕДИНЕНИЕ ДИТИОЛОВ К (+)-КАМФЕНУ Бодров А.В., Лодочникова О.А., Мусин Р.З. ....	428
КРИСТАЛИЗАЦИОННО-ИНДУЦИРОВАННАЯ ДИАСТЕРЕОМЕРИЗАЦИЯ ХИРАЛЬНОГО БЕТА-ГИДРОКСИСУЛЬФОНА ПИНАНОВОГО РЯДА Бодров А.В., Лодочникова О.А., Старцева В.А. ....	428
СЕЛЕКТИВНАЯ АНТИАГРЕГАЦИОННАЯ АКТИВНОСТЬ ТИОТЕРПЕНОИДОВ ПИНАНОВОГО РЯДА Нургатина И.И., Бодров А.В. ....	428

## ХИРУРГИЯ

ПРИМЕНЕНИЕ ТИОКТОВОЙ КИСЛОТЫ ПРИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОМ ОСТРОМ ПАНКРЕАТИТЕ Чегодаева А.А., Фуныгин М.С., Солодов Ю.Ю. ....	429
КАЛЬКУЛЕЗНЫЙ ХОЛЕЦИСТИТ И ДИФфузные ЗАБОЛЕВАНИЯ ПЕЧЕНИ: ВАРИАНТЫ ОДНОМОМЕНТНЫХ СИМУЛТАНТНЫХ ОПЕРАЦИЙ Назирбоек К.Р. ....	429
МАЛОИНВАЗИВНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ ЛЕЧЕНИИ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХИ Велиева Л.М. ....	430
СПОСОБ ЗАКРЫТИЯ ОСТАТОЧНЫХ ПОЛОСТЕЙ ПЕЧЕНИ (ОПП) В ЭКСПЕРИМЕНТЕ С ПОМОЩЬЮ БИОМАТЕРИАЛА "ЛИТАР" Хижняк И.И. ....	430
ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ИНФЕКЦИОННОГО ЭНДОКАРДИТА Яруллина И.Р. ....	430
РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ АТРАВМАТИЧЕСКИХ РАНЕВЫХ ПОКРЫТИЙ С ХИТОЗАНОМ "ТЕЛЕСОРБ" У БОЛЬНЫХ С ГНОЙНО-ДЕСТРУКТИВНЫМИ ОСЛОЖНЕНИЯМИ СИНДРОМА ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ Агапов Д.Ю. ....	431
ИНТРАОПЕРАЦИОННАЯ ПОЛИПОЗИЦИОННАЯ ТЕРМОМЕТРИЯ ВЫСОКОГО РАЗРЕШЕНИЯ В ДИАГНОСТИКЕ НАРУШЕНИЙ МИКРОЦИРКУЛЯТОРНОГО РУСЛА И ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ ПРИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЯХ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ Паршаков А.А., Сергеев А.А. ....	431

СОВРЕМЕННАЯ ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ОСТРОМ ПАНКРЕАТИТЕ И ПАНКРЕОНЕКРОЗЕ	431
Бутина К.В., Чуваева В.Р. ....	
ТОПОГРАФОАНАТОМИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ ПОДТЯЖКИ ЛИЦА	432
Бусыгина Е.В., Баширов И.Ф. ....	
МОДЕЛЬ СПИННОМОЗГОВОЙ ТРАВМЫ У СОБАК С ПРИМЕНЕНИЕМ ХЛАДАГЕНТА	432
Бурганов Р.Р. ....	
ТОПОГРАФИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ ОТОПЛАСТИКИ	433
Маркосян В.А., Подшивалов И.А. ....	
НИЖНЯЯ БЛЕФАРОПЛАСТИКА	433
Фадеев Ф.О., Бусыгина Е.В. ....	
ТОПОГРАФОАНАТОМИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ ЗАБОРА СВОБОДНЫХ МИКРОХИРУРГИЧЕСКИХ ЛОСКУТОВ	434
Тихонова О.А., Закиров Р.М. ....	
ТОПОГРОФОАНАТОМИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ ЛИПОСАКЦИИ	434
Маркосян В.А., Подшивалов И.А. ....	
ТОПОГРАФОАНАТОМИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ ВЕРХНЕЙ БЛЕФАРОПЛАСТИКИ	435
Байков Д.Р., Ахметова Г.Р. ....	
АНАТОМОТОПОГРАФИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ АБДОМИНОПЛАСТИКИ	435
Маркосян В.А., Подшивалов И.А. ....	
ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ МАЛОИНВАЗИВНОГО ДОСТУПА ПОД УЛЬТРАЗВУКОВОЙ НАВИГАЦИЕЙ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ВНУТРИБРЮШНЫХ И ЗАБРЮШИННЫХ АБСЦЕССОВ	436
Солодов Ю.Ю. ....	
БЕНЗАЛКОНИЯ ХЛОРИД В ЛЕЧЕНИИ РАН	436
Григорьян А.Ю., Жилиева Л.В., Горохова А.С. ....	
НАУЧНОЕ НАСЛЕДИЕ Н.И. СТУДЕНСКОГО В ФОНДЕ НАУЧНОЙ БИБЛИОТЕКИ КГМУ	436
Захарова А.В. ....	
ВОЗВРАТНАЯ СТЕНОКАРДИЯ У БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ ЧРЕСКОЖНОГО КОРОНАРНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА	437
Новиков А.А. ....	
ЭКСТРАВАЗАЛЬНОЕ АРМИРОВАНИЕ СОННЫХ АРТЕРИЙ В ЭКСПЕРИМЕНТЕ - КАК НОВЫЙ МЕТОД ПРОФИЛАКТИКИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ АНЕВРИЗМ	437
Самохин Н.В., Чернявин М.П., Пузырёв М.О. ....	
ЭНДОВИДЕОХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БИЛИАРНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ	438
Койчугев Р.А., Нуриева А.М. ....	
ПРОИЗВОДНЫЕ СЕРДЕЧНОГО ВЫБРОСА У БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ КОРРЕКЦИИ ДЕФЕКТА МЕЖПРЕДСЕРДНОЙ ПЕРЕГОРОДКИ СЕРДЦА	438
Рахмонов Т.Б., Кутбединов Х.С., Ямнов И.В. ....	
ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ИСКУССТВЕННЫХ КЛАПАНОВ В ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОЙ ВЕНОЗНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ	438
Борисов Д.В. ....	
ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ТИОКТОВОЙ КИСЛОТЫ В КОНСЕРВАТИВНОМ ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО АЛКОГОЛЬНОГО ПАНКРЕАТИТА	439
Фуныгин М.С., Солодов Ю.Ю., Чегодаева А.А. ....	
РАННИЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ОПЕРАЦИЙ РАДИОЧАСТОТНОЙ АБЛЯЦИИ ТРИГГЕРНЫХ ФОКУСОВ ПРЕДСЕРДИЙ ВО ВРЕМЯ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ МИТРАЛЬНЫХ ПОРОКОВ У БОЛЬНЫХ С МЕРЦАТЕЛЬНОЙ АРИТМИЕЙ	439
Байрамов И.И. ....	
КОРРЕКЦИЯ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ИЛЕОЦЕКАЛЬНОГО КЛАПАНА С ПРИМЕНЕНИЕМ МИКРОХИРУРГИЧЕСКОЙ ТЕХНИКИ	440
Савин Д.В. ....	
НОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ЛЕЧЕНИИ ГНОЙНЫХ РАН	440
Измайлов А.А., Измайлова М.А. ....	
К 140 ЛЕТ СО ДНЯ РОЖДЕНИЯ БОГОЛЮБОВА ВИКТОРА ЛЕОНИДОВИЧА	441
Бусыгина Е.В., Подшивалов И.А. ....	
К 80 ЛЕТ СО ДНЯ РОЖДЕНИЯ ДАВЛЕТШИНА АМИРХАНА ХАСАНОВИЧА	441
Бусыгина Е.В., Маркосян В.А. ....	
К 110 ЛЕТИЮ СО ДНЯ РОЖДЕНИЯ ЛАБОККА АБРАМА ИОСИФОВИЧА	441
Бусыгина Е.В., Фадеев Ф.О. ....	
К 160-ЛЕТИЮ СО ДНЯ РОЖДЕНИЯ МАЛИНОВСКОГО ЛЬВА АЛЕКСАНДРОВИЧА	442
Бусыгина Е.В., Баширов И.Ф. ....	
К 115-ЛЕТИЮ СО ДНЯ РОЖДЕНИЯ МАТОЧКИНА ИВАНА НИКИТОВИЧА	442
Бусыгина Е.В., Баширов И.Ф. ....	
К 175-ЛЕТИЮ СО ДНЯ РОЖДЕНИЯ РУСТИЦКОГО ОСИПА АЛЕКСАНДРОВИЧА	442
Бусыгина Е.В., Баширов И.Ф. ....	
К 170-ЛЕТИЮ СО ДНЯ РОЖДЕНИЯ СТУДЕНСКОГО НИКОЛАЯ ИВАНОВИЧА	443
Бусыгина Е.В., Баширов И.Ф. ....	
ИНДЕКС НАПРЯЖЕНИЯ БАЕВСКОГО КАК КРИТЕРИЙ ОЦЕНКИ АДЕКВАТНОСТИ АНЕСТЕЗИИ	443
Гизатуллин Р.Р., Рзаев И.А. ....	

## ЭКОЛОГИЯ ЧЕЛОВЕКА И ГИГИЕНА ОКРУЖАЮЩЕЙ СРЕДЫ

ВОЛОСЫ КАК ИНДИКАТОР ПОСТУПЛЕНИЯ В ОРГАНИЗМ ТЯЖЕЛЫХ МЕТАЛЛОВ	443
Тимофеева Д.В. ....	
ПРИРОДНЫЕ МИНЕРАЛЫ ДЛЯ ФИЛЬТРАЦИИ ВОДЫ	444
Якубовская Г.А., Набиева К.Р. ....	

ПРОФИЛАКТИКА СНИЖЕНИЯ РИСКА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ НАСЕЛЕНИЯ, ОСНОВНЫЕ ПУТИ ОПТИМИЗАЦИИ ОБРАЗА ЖИЗНИ И СРЕДЫ ОБИТАНИЯ	
Валиев Р.И. ....	444
ФИЗИЧЕСКОЕ РАЗВИТИЕ СТУДЕНТОВ ШЕСТЫХ КУРСОВ ПЕРМСКОЙ МЕДИЦИНСКОЙ АКАДЕМИИ В ДИНАМИЧЕСКОМ СРАВНЕНИИ	
Баяндина С.М. ....	444
ВЛИЯНИЕ КУРЕНИЯ НА ЗДОРОВЬЕ НАСЕЛЕНИЯ РОССИИ	
Бирюкова В.В. ....	445
СОДЕРЖАНИЕ ФТОРА И ЙОДА В ВОДОИСТОЧНИКАХ БАСЕЙНА ВОЛГИ И ОКИ	
Загоскина И.П. ....	445
ЗАГРЯЗНЕНИЕ АТМОСФЕРНОГО ВОЗДУХА В Г.КАЗАНИ И РИСК ЗДОРОВЬЮ НАСЕЛЕНИЯ	
Ахметзянова И.Ф. ....	446
ГРИБКОВОЕ ЗАГРЯЗНЕНИЕ ЖИЛЫХ ЗДАНИЙ	
Махмутова А.И., Назарова И.Ю. ....	446
ИНДЕКС БЛАГОПОЛУЧИЯ НАСЕЛЕНИЯ МАМАДЫШСКОГО ТЕРРИТОРИАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ	
Махмутова А.И. ....	446
АНТИБИОТИКИ КАК ФАКТОР ЗАГРЯЗНЕНИЯ КОМПОНЕНТОВ ЭКОСИСТЕМЫ	
Набиева К.Р., Якубовская Г.А. ....	447
ФОРМИРОВАНИЕ ИНДЕКСА БЛАГОПОЛУЧИЯ МОНОГОРОДА НАБЕРЕЖНЫЕ ЧЕЛНЫ	
Альмухаметов А.М. ....	447
ФОРМИРОВАНИЕ ИНДЕКСА БЛАГОПОЛУЧИЯ МОНОГОРОДА НАБЕРЕЖНЫЕ ЧЕЛНЫ	
ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ПОДРОСТКОВ 15-17 ЛЕТ ПО РЕСПУБЛИКЕ ТАТАРСТАН	
Глинская Е.С. ....	447
ИНДЕКС БЛАГОПОЛУЧИЯ НАСЕЛЕНИЯ ПО БАЛТАСИНСКОМУ РАЙОНУ	
Костенко А.И. ....	448
ИНДЕКС БЛАГОПОЛУЧИЯ НАСЕЛЕНИЯ АЛМЕТЬЕВСКОГО РАЙОНА	
Назарова И.Ю. ....	448
САНИТАРНО-ГИГИЕНИЧЕСКИЙ МОНИТОРИНГ ЗА СОСТОЯНИЕМ ОКРУЖАЮЩЕЙ СРЕДЫ ГОРОДА КАЗАНИ В ПЕРИОД ПРОВЕДЕНИЯ XXVII ВСЕМИРНОЙ ЛЕТНЕЙ УНИВЕРСИАДЫ 2013	
Закирова Л.З. ....	448
ОРИГИНАЛЬНЫЕ СПОСОБЫ ДООЧИСТКИ ВОДЫ	
Мударисова Р.Р. ....	449
ТЯЖЕЛЫЕ МЕТАЛЛЫ В ОРГАНАХ И ТКАНЯХ РЫБ	
Халитов Р.Р. ....	449

## ЭКОНОМИКА И УПРАВЛЕНИЕ В СОЦИАЛЬНОЙ СФЕРЕ

СОЦИАЛЬНЫЙ КОНТРАКТ - ФОРМА ГОСУДАРСТВЕННОЙ СОЦИАЛЬНОЙ ПОМОЩИ	
Сысоева В.П. ....	449
ИССЛЕДОВАНИЕ ОСОБЕННОСТЕЙ ТРУДОУСТРОЙСТВА РОДИТЕЛЕЙ, ВОСПИТЫВАЮЩИХ ДЕТЕЙ-ИНВАЛИДОВ	
Кулькова К.Н. ....	450
ОСОБЕННОСТИ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНО ОРИЕНТАЦИОННЫХ УСЛУГ ДЛЯ МОЛОДЕЖИ В ГОРОДЕ КАЗАНЬ	
Шарафутдинова Р.Г. ....	450
МАЛООБЕСПЕЧЕННАЯ СЕМЬЯ (ГРАЖДАНИН) КАК ОБЪЕКТ СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЫ	
Заболотнов Г.А. ....	451
ПРИВЛЕЧЕНИЕ СРЕДСТВ ДЛЯ ПОМОЩИ ДЕТЯМ СОЦИАЛЬНО ОРИЕНТИРОВАННЫМИ НЕКОММЕРЧЕСКИМИ ОРГАНИЗАЦИЯМИ Г. КАЗАНИ	
Карнаухова Е.С. ....	451
ОСНОВА КАЧЕСТВА ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ СОЦИАЛЬНЫХ УСЛУГ В УЧРЕЖДЕНИЯХ СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ ПО ГОСУДАРСТВЕННЫМ СТАНДАРТАМ (НА ПРИМЕРЕ ИНВАЛИДОВ)	
Марданшина Э.Р. ....	452
ОТНОШЕНИЕ ГРАЖДАН ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА К ПЛАТНЫМ СОЦИАЛЬНЫМ УСЛУГАМ	
Бакирова А.А. ....	452
ЗДОРОВЬЕ НАСЕЛЕНИЯ КАК ФУНДАМЕНТ ДЛЯ РАЗВИТИЯ ЭКОНОМИКИ ГОСУДАРСТВА	
Веретельник Е.А., Прокопенко К.А. ....	452
ЗДОРОВЬЕ НАСЕЛЕНИЯ КАК ФУНДАМЕНТ ДЛЯ РАЗВИТИЯ ЭКОНОМИКИ ГОСУДАРСТВА	
Прокопенко К.А. ....	453
ТЕХНОЛОГИЯ ПРИВЛЕЧЕНИЯ СРЕДСТВ СОЦИАЛЬНО ОРИЕНТИРОВАННЫМИ НЕКОММЕРЧЕСКИМИ ОРГАНИЗАЦИЯМИ С ПОМОЩЬЮ СИСТЕМЫ ЭЛЕКТРОННЫХ ПЛАТЕЖЕЙ	
Аминова Г.А. ....	453
СОЦИАЛЬНАЯ ПОДДЕРЖКА СЕМЬИ И ДЕТЕЙ	
Лакеева Ю.А. ....	453
ОСНОВНЫЕ СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКИЕ ИНДИКАТОРЫ УРОВНЯ ЖИЗНИ НАСЕЛЕНИЯ	
Батталова А.Р. ....	454
ТЕХНОЛОГИЯ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ ПЛАТНЫХ СОЦИАЛЬНЫХ УСЛУГ ГРАЖДАНАМ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА	
Сиразетдинова А.Н. ....	454
УДОВЛЕТВОРЕННОСТЬ НАСЕЛЕНИЯ КАЧЕСТВОМ ПЛАТНЫХ УСЛУГ В СЕЛЬСКИХ РАЙОНАХ РТ	
Михайлова Л.Р. ....	455

## ЭКСТРЕМАЛЬНАЯ И ВОЕННАЯ МЕДИЦИНА

ЭКОЛОГИЧЕСКИЕ ПОСЛЕДСТВИЯ АВАРИЙ НА ОБЪЕКТАХ ХИМИЧЕСКОЙ ПРОМЫШЛЕННОСТИ	
Азурова А.Н. ....	455
ОТДАЛЕННЫЕ ПОСЛЕДСТВИЯ АВАРИЙ НА АЭС	
Галембикова А.Р. ....	456
ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ НАСЕЛЕНИЯ ПРИ ЛИКВИДАЦИИ ПОСЛЕДСТВИЙ ЗЕМЛЕТРЯСЕНИЯ	
Помазков А.Ю. ....	456

ОСОБЕННОСТИ ОРГАНИЗАЦИИ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В ЧС ДЕТЯМ	
Солтнова Ф.Р. ....	457
МЕРОПРИЯТИЯ ПО ЗАЩИТЕ МЕДИЦИНСКОГО ИМУЩЕСТВА ПРИ ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЯХ МИРНОГО И ВОЕННОГО ВРЕМЕНИ	
Якубова А.Ш. ....	457
ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКОГО СНАБЖЕНИЯ В РЕЖИМЕ ЧРЕЗВЫЧАЙНОЙ СИТУАЦИИ	
Горелкин И.В. ....	457
МЕДИЦИНСКИЕ СРЕДСТВА ЗАЩИТЫ	
Рахманкулов Р.А. ....	458
ИНФОРМАЦИОННАЯ ВОЙНА	
Паруров Д.Г. ....	458
ЗДРАВООХРАНЕНИЕ И ЗДОРОВЬЕ НАЦИИ. ЦЕЛИ И ЗАДАЧИ ДО 2023 ГОДА	
Вакилова Л.Р. ....	459
РАЗВИТИЕ ВСЕРОССИЙСКОЙ СЛУЖБЫ МЕДИЦИНЫ КАТАСТРОФ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ	
Разяпова Ф.Г. ....	459
ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ ПО ЛОКАЛИЗАЦИИ И ЛИКВИДАЦИИ ОЧАГОВ МАССОВЫХ ИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЯХ	
Рахматуллин Д.З. ....	459
ОКАЗАНИЕ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В ПОЛЕВЫХ УСЛОВИЯХ	
Хуснутдинова И.И. ....	460
САНИТАРНО-ГИГИЕНИЧЕСКОЕ И САНИТАРНО-ЭПИДЕМИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ НАСЕЛЕНИЯ ЭВАКУИРУЕМОГО ИЗ ЗОНЫ ЧС	
Юсупов А.Р. ....	460
ПРИМЕНЕНИЕ ПАТОГЕННЫХ БИОЛОГИЧЕСКИХ АГЕНТОВ ПРИ ТЕРРОРИСТИЧЕСКИХ АКТАХ	
Абзалилов М.М. ....	461
САНИТАРНАЯ ОХРАНА ТЕРРИТОРИИ СТРАНЫ	
Шакирзянов А.Г. ....	461
НАТУРАЛЬНАЯ ОСПА – КАК УГРОЗА БИОЛОГИЧЕСКОГО ТЕРРОРИЗМА В СОВРЕМЕННОМ МИРЕ	
Заплетина Н.А., Стулов А.С., Филиппова В.М. ....	461
ОЦЕНКА ГОТОВНОСТИ ВОДИТЕЛЕЙ ТРАНСПОРТНЫХ СРЕДСТВ К ОКАЗАНИЮ ПЕРВОЙ ПОМОЩИ	
Михно В.А. ....	462

## ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

ВЛИЯНИЕ КОМБИНИРОВАННЫХ ОРАЛЬНЫХ КОНТРАЦЕПТИВОВ НА ТЕЧЕНИЕ ЭПИДЕМИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА ПРИ ВИРУСНЫХ ГЕПАТИТАХ	
Силина Т.А., Чуев А.С., Белоконова Л.В. ....	462
МОЛЕКУЛЯРНО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЙ МОНИТОРИНГ ЗА ЦИРКУЛЯЦИЕЙ ВОЗБУДИТЕЛЕЙ ОСТРЫХ РЕСПИРАТОРНЫХ ВИРУСНЫХ ИНФЕКЦИЙ СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ НА ТЕРРИТОРИИ РТ ЗА 2011-2013 ГОДЫ	
Слюсарева А.А., Саетова А.И. ....	463
ОБЕСПЕЧЕНИЕ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО БЛАГОПОЛУЧИЯ ВО ВРЕМЯ ЗАТОПЛЕНИЯ НА ДАЛЬНЕМ ВОСТОКЕ В 2013 ГОДУ	
Хайбуллина А.Р., Валеева Ф.Р. ....	463
СМЕРТНОСТЬ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ ЛИЦ В РТ	
Шарипова А.Г. ....	463
ЭПИДЕМИОЛОГИЯ И ПРОФИЛАКТИКА РАКА ШЕЙКИ МАТКИ В АЛТАЙСКОМ КРАЕ В 2007-2012 ГГ.	
Эйхман В.О. ....	464
ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ СИТУАЦИЯ ПО КОРИ В САРАТОВСКОЙ ОБЛАСТИ	
Казанцев А.В., Абрамкина С.С., Чиркина Т.М. ....	464
УТИЛИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКИХ ОТХОДОВ В ГАУЗ ДРКБ МЗ РТ И ГАУЗ РКПБ ИМ.АКАД. В.М. БЕХТЕРЕВА	
Сафина Э.И. ....	465
ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ПОСЛЕДСТВИЯ САМОЛЕЧЕНИЯ ВЕНЕРИЧЕСКИХ БОЛЕЗНЕЙ	
Лопатиева А.О. ....	465
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ВАКЦИНОПРОФИЛАКТИКИ ГРИППА В РТ ЗА 2004-2013 ГГ	
Слюсарева, Саетова А.И. ....	465
ПАПИЛЛОМАВИРУСНАЯ ИНФЕКЦИЯ И ЕЕ СПЕЦИФИЧЕСКАЯ ПРОФИЛАКТИКА	
Мутагирова К.А. ....	466
О РЕЗУЛЬТАТАХ ИССЛЕДОВАНИЯ ПОСТВАКЦИНАЛЬНОГО ИММУНИТЕТА К ВИРУСНОМУ ГЕПАТИТУ В У МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ В ВОРОНЕЖСКОЙ ОБЛАСТИ	
Чемодурова Ю.В., Ситник Т.Н. ....	466
ИЗУЧЕНИЕ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ КОКЛЮШЕМ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ И РЕСПУБЛИКЕ ТАТАРСТАН	
Аглиуллина С.Т. ....	466
ИНФОРМИРОВАННОСТЬ СПЕЦКОНТИНГЕНТА УФСИН РОССИИ ПО РТ О ГЕПАТИТЕ В	
Еремеева Ж.Г. ....	467
ЭПИДСИТУАЦИЯ ПО ВИЧ-ИНФЕКЦИИ В РТ	
Грибанова А.О., Чумакова А.О. ....	467
ВВЕДИТЕ НАЗВАНИЕ БОЛЬШИМИ БУКВАМИ	
Дручанов М.М. ....	467
УТИЛИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКИХ ОТХОДОВ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОЛИКЛИНИКИ	
Гибадуллина Л.А., Хакимова Л.М. ....	468
КОРЕВАЯ ИНФЕКЦИЯ СНОВА СРЕДИ НАС	
Кутузова Э.Р. ....	468
ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ И ЭПИЗООТОЛОГИЧЕСКАЯ СИТУАЦИЯ ПО БЕШЕНСТВУ В РЕСПУБЛИКЕ ТАТАРСТАН	
Закирова Л.З. ....	469



**17-Я ВСЕРОССИЙСКАЯ СТУДЕНЧЕСКАЯ  
МЕДИКО-ИСТОРИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ,  
ПОСВЯЩЕННАЯ 200-ЛЕТИЮ КАЗАНСКОГО  
ГОСУДАРСТВЕННОГО МЕДИЦИНСКОГО  
УНИВЕРСИТЕТА**

**(22 марта 2014 г., Казань)**



## **ПРОФЕССОР Р.Р. ГЕЛЬЦЕР – ВЫДАЮЩИЙСЯ ОТЕЧЕСТВЕННЫЙ МИКРОБИОЛОГ**

**Гейко О.А.**

**Ставропольская государственная медицинская академия  
Научный руководитель – д.и.н., проф. Карташев А.В.**

Рудольф Робертович Гельцер (1890-1968) в 1914 г. с отличием окончил военно-медицинскую академию. После Октябрьской революции вступил в ряды Красной Армии и принимал участие в Гражданской войне.

В 1922 г. пришел на кафедру микробиологии Казанского университета. Вскоре им вместе с профессором В.М. Аристовским впервые была получена чистая культура бледной трепонемы на питательной среде, состав которой был также разработан Гельцером. Полученная культура была обозначена, как штамм первый. В 1926 г. Р.Р. Гельцером была выделена вторая чистая культура бледной трепонемы (штамм второй). После публикации Казанским медицинским журналом статьи об открытии различных штаммов бледной трепонемы, состава питательной среды для их культивирования Казанский университет на время стал «микробиологической Меккой» многих ученых Запада.

В 1932 г. Р.Р. Гельцер защитил докторскую диссертацию и стал заведующим кафедрой микробиологии, профессором.

В 1942 г. его внезапно забирают из рабочего кабинета и отправляют в ГУЛАГ, не предъявив никаких обвинений. После ГУЛАГа двери кафедры для него оказались закрытыми. В администрации университета его ознакомили с документом из Минздрава РСФСР, в котором говорилось, что «Гельцер как лицо немецкой национальности, не имеет права на заведование уже занятой кафедрой...»

22 августа 1944 г. профессор Гельцер прибыл в Ставропольский мединститут, где с начала учебного года возглавил кафедру микробиологии, руководителем которой был 21 год. Под его руководством в 1946 г. выделены VI, VII, VIII и IX штаммы «Ставрополь». Он не только открыл различные штаммы, но и разработал состав питательной среды для их культивирования. Обладая разносторонним талантом исследователя, Р.Р. Гельцер подготовил 86 научно-практических работ.

Наряду с научно-педагогической деятельностью, он вел большую общественную работу. Рудольф Робертович являлся основателем и бессменным председателем Ставропольского отделения Всесоюзного общества эпидемиологов, микробиологов и инфекционистов им. И.И. Мечникова.

Благодаря деятельности профессора Р.Р. Гельцера научная школа микробиологии и сегодня является одной из ведущих в Ставропольском медицинском университете.

## **120 – ЛЕТИЮ СО ДНЯ РОЖДЕНИЯ Е.П.КРЕВЕР ПОСВЯЩАЕТСЯ...**

**Рагимова А.А., Леухин Р.В.**

**Казанский государственный медицинский университет  
Научный руководитель – д.м.н., доц. Вахитов Х.М.**

Казанская педиатрическая школа имеет глубокие корни и богатые традиции. Одной из ярких страниц истории Казанской педиатрической школы явилась жизнь и трудовая деятельность замечательного педиатра и педагога Е.П. Кревер. Екатерина Петровна родилась 21 ноября 1894 году в селе Новоспасское, Спасского района Казанской губернии. Своей трудовой путь она начала с должности учительницы сельской школы в далёком 1914 году. В 1915 году она поступает на медицинский факультет Казанского Императорского университета. С 1919 по 1921 годы в связи с революцией и гражданской войной учёбу пришлось сменить на работу в военном госпитале города Уфы. После окончания медицинского факультета в течение пяти лет работала ординатором детской клиники ГИДУВа, и Дома охраны материнства и младенчества города Казани. Благодаря незаурядным профессиональным качествам она прошла путь от младшего до сверхштатного ассистента клиники Казанского ГИДУВа. С 1 января 1934 года совмещала работу в ГИДУВе с работой ассистента кафедры педиатрии КГМИ, где продолжила научную работу по изучению патогенеза анемических состояний у детей, за которую в дальнейшем ей была присвоена степень кандидата медицинских наук *honoris causa*. Спустя три года с утверждением ученого звания доцента ей поручен самостоятельный курс по пропедевтике детских болезней, а затем и должность декана педиатрического факультета. К сожалению, в конце творческой карьеры, в связи с рядом обстоятельств не была утверждена ее докторская диссертация, однако, несмотря на это в 1950 году она по заслугам занимает должность заведующей кафедрой факультетской педиатрии КГМИ. Жизненный путь Екатерины Петровны может служить ярким примером преданности медицинской науке и Казанской педиатрической школе.

## **ИСТОРИЯ МЕДИЦИНЫ В НАЗВАНИЯХ УЛИЦ ГОРОДА МИНСКА**

**Игумнова Е.С.**

**Белорусский государственный медицинский университет  
Научный руководитель – к.м.н., ст. преп. Халямина И.И.**

История медицины призвана вводить студентов-медиков в мир их будущей профессии, повышать уровень общей и профессиональной культуры. Изучать историю медицины можно не только в библиотеках и музеях – часть ее вошла в нашу жизнь названиями улиц.

Цель: увековечивание памяти о выдающихся людях, посвятивших себя медицине, в названиях улиц города Минска.

Методы: исторический, аналитический.

В столице Республики Беларусь, городе Минске, есть улицы, которые носят имена врачей-общественных деятелей: Франциск Скорина, Жан-Поль Марат.

Франциск Скорина – доктор медицины, первый белорусский печатник, просветитель и деятель культуры эпохи Возрождения. Его имя увековечено в названии проспекта нашего города.

Улица Марата в Минске названа в честь политического деятеля эпохи Великой французской революции Жана-Поля Марата, который, к тому же, был врачом.

Одна из улиц названа в честь известного русского писателя и врача Антона Павловича Чехова. В основе многих его произведений лежат случаи из медицинской практики.

Улица Николая Ивановича Пирогова – доктора медицины, педагога и общественного деятеля. Улица Ивана Михайловича Сеченова – основоположника отечественной физиологической школы и естественнонаучного направления в психологии. Улица Ивана Петровича Павлова – доктора медицины, физиолога, лауреата Нобелевской премии. Улица Владимира Петровича Филатова – доктора медицины, основателя офтальмологической школы. Улица Владимира Михайловича Бехтерева – доктора медицины, невролога, психолога и психиатра.



Улица Николая Александровича Семашко – организатора советского здравоохранения в первые годы Советской власти.

Не забыты подвиги врачей в годы войны. Николай Александрович Щорс – офицер Русской императорской армии, командир украинских повстанческих формирований, начальник дивизии Красной армии времён Гражданской войны на Юго-Западе России, военный фельдшер во время Первой мировой войны. Евгений Владимирович Клумов – доктор медицинских наук, профессор, акушер-гинеколог, отдал жизнь за свободу и независимость Родины в годы Великой Отечественной войны, посмертно присвоено звание Героя Советского Союза.

Город растёт и обновляется, но улицы помнят о людях, изменивших историю.

## **ИСТОРИЯ СОЗДАНИЯ И РАЗВИТИЯ МАТЕРИАЛЬНЫХ ЦЕННОСТЕЙ ГОСУДАРСТВЕННОГО РЕЗЕРВА**

**Нурутдинов Р.М.**

**Казанский государственный медицинский университет  
Научный руководитель – к.м.н., ст. преп. Терехов В.В.**

Государственный резерв – это создаваемые и планомерно пополняемые запасы сырья и материалов, топлива, зерна и других продовольственных товаров, некоторых видов машин и оборудования, необходимые для бесперебойного функционирования экономики, для нужд обороны, ликвидации последствий стихийных бедствий и удовлетворения других потребностей государства и общества.

Цель исследования - изучение истории создания государственного резерва, как органа, обеспечивающего основу обороноспособности и экономической стабильности России.

Первое упоминание о создании на Руси продовольственных запасов относится к XV веку. Во время правления Ивана III был основан Житный приказ, который занимался заготовкой и хранением хлебных запасов.

В XVIII в. по приказу Петра I был учрежден Провиантский приказ, обязанностью которого было создание государственных запасов продовольствия для армии. При Екатерине II утверждена «ведомость о запасном хлебе, полагаемом для содержания в магазинах».

В XIX в. были изготовлены первые образцы жестяночных мясных консервов, выдерживающих длительное хранение.

В 1875 году Главным интендантским управлением решено заложить консервы на хранение для обеспечения нужд армии.

В годы Великой Отечественной войны огромные потери сырья, материалов, продуктов питания восполнялись за счет государственных резервов.

Решающим моментом в современной истории стали подготовка и введение 29 декабря 1994г. Федерального закона № 79-ФЗ «О государственном материальном резерве».

В современных условиях под действием негативных факторов техногенного и природного характера возникла новая угроза национальным экономическим интересам страны.

Катастрофы в Татарстане являются примером воздействия таких факторов.

10 июля 2011год – гибель теплохода «Булгария», 129 погибших.

17 ноября 2013год – авиакатастрофа самолета BOEING 737, 50 погибших.

Вывод:

В результате появлением новых информационных технологий, износ оборудования и застой в оснащённости материально-технической базы обусловило рост возникновения аварий и катастроф. Эта ситуация предполагает особый статус развития государственного материального резерва, приоритетами которого являются:

- конкретность назначения материальных резервов;
- рациональность их размещения;
- их мобильность;
- укрепление и развитие материально-технической базы

## **АНАТОМ И ИСТОРИК МЕДИЦИНЫ АКАДЕМИК ВАСИЛИЙ НИКОЛАЕВИЧ ТЕРНОВСКИЙ**

**Павлова Л.О.**

**Казанский государственный медицинский университет  
Научный руководитель – д.м.н., проф. Валишин Э.С.**

Василий Николаевич Терновский – выдающийся отечественный анатом и историк анатомии, непревзойденный лектор и прекрасный педагог оказал решающее воздействие на творческий путь коллектива кафедры нормальной анатомии Казанского государственного медицинского института. Тонкий знаток вегетативной нервной системы В.Н.Терновский явился зачинателем нового научного направления в Казанской школе анатомов, касающегося изучения этой трудной и мало разработанной в то время области нейрологии. Им и его учениками были изучены вопросы классификации вегетативной нервной системы, ее филогенетического становления и начато изучение ее васкуляризации. Творческое наследие ученого составляет свыше 100 трудов по морфологии и истории медицины. Особое место здесь занимает работа по переводу, редактированию и изданию трудов представителей древней медицины. За долгую творческую жизнь В.Н.Терновский неоднократно представлял отечественную науку на многих международных конгрессах по истории медицины. Он избирается членом-корреспондентом общества истории медицины Монпелье, почетным членом Медико-исторического общества Швеции и мн.др. Одним из важных новшеств в учебном процессе было введение на кафедре занятий по анатомии на татарском языке. Совместно с У.Н.Камалетдиновым им были изданы на татарском языке руководство «Анатомическая препаровка» и учебник анатомии человека. В годы Великой Отечественной войны коллектив кафедры во главе с ее заведующим совмещал преподавательскую и научную работу с работой в госпиталях.

## **ОЗОНОТЕРАПИЯ В СТОМАТОЛОГИИ. ИСТОРИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ**

**Загородская Е.В.**

**Казанский государственный медицинский университет  
Научный руководитель – д.м.н., доц. Блашкова С.Л.**

В последние годы все больше внимания уделяется применению физиотерапии при лечении стоматологических заболеваний. Одним из таких методов является озонотерапия.

Озон – в переводе с греческого означает «пахну». Это светло-голубой газ с характерным запахом, который образуется в природных условиях под воздействием ультрафиолета и электрических разрядов.

Первым, кто обнаружил его существование, был голландский физик Мак ванн Марум. В 1785 году он наблюдал, как при пропускании электрической искры через кислород появляется некое газообразное вещество со своеобразным запахом.

Спустя полвека немецкий профессор Базельского университета Кристиан Фридрих Шенбейн в 1832 году опубликовал книгу «Получение озона химическими способами».

В 1857 году Вернером фон Сименсом была создана первая техническая озоновая установка, а в 1930г. Е.А. Fisch немецкий зубной врач, практикующий в Швейцарии запатентовал первую озоноаппаратуру для зубо врачебной практики.

Использование озона в стоматологии стало популярным после Второй мировой войны. Челюстно-лицевые хирурги использовали озон для борьбы с инфекционными осложнениями у пациентов. Одним из первых в этой области был Sandhaus в Цюрихе, который разработал озонатор для параллельного применения озона и озонированной воды. Основным биологическим свойством озона является его бактерицидное и противовирусное действие, которое распространяется на все виды патогенной микрофлоры. В связи с этим, в 1996 году был предложен новый способ лечения гингивита и хронического генерализованного пародонтита с использованием озонированных растворов, а в 1998 году для лечения хронического генерализованного пародонтита стали использовать озono-воздушную смесь.

В настоящее время озонотерапию используют при лечении кариеса, обработке корневых каналов, заболеваний слизистой оболочки полости рта, абсцессов и флегмон. Благодаря высокой проницаемости озона впервые появилась возможность, всего за 20-40 сек. обеспечить полную стерильность зуба, т.е. уничтожить 90% кариозных бактерий, и протеиновые кислоты. Разработка и внедрение новых методик озонотерапии продолжают оставаться актуальным направлением в стоматологии.

### **К 80-ЛЕТИЮ КАФЕДРЫ ОРТОПЕДИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ ПЕРМСКОЙ ГОСУДАРСТВЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ АКАДЕМИИ ИМЕНИ АКАДЕМИКА Е.А. ВАГНЕРА**

**Габдуллина Г.С.**

**Пермская государственная медицинская академия  
Научный руководитель – к.м.н., доц. Мартюшева М.В.**

Кафедра ортопедической стоматологии Пермской государственной медицинской академии им. ак. Е.А. Вагнера основана в 1933 году. В разные годы на кафедре работали и осуществляли руководство такие видные ученые как С.И. Крылов, В.Ю. Курляндский, А.И. Бетельман, А.Я. Катц, З.Я. Шур, И.М. Оксман, М.Д. Санникова, К.И. Черенова.

В настоящее время кафедрой ортопедической стоматологии ГБОУ руководит доктор медицинских наук, профессор, академик РАЕН, заслуженный деятель науки России Рогожников Геннадий Иванович. Он является автором более 450 научных работ, в том числе соавтором 25 монографий, 18 учебно-методических пособий, 65 патентов на изобретение. Ему присвоено звание «Лучший изобретатель Пермской области», «Лауреат премии в области науки Пермского края 2012 года». Под руководством проф. Рогожникова Г.И. защищено 23 кандидатских и 6 докторских диссертаций.

Основным научным направлением работы кафедры является совершенствование, разработка и внедрение новых технологий, биоинертных конструкционных материалов и оборудования в ортопедической стоматологии. Научные исследования кафедры выполняются при финансовой поддержке грантов МИГ (совместно с Ариэльским университетом, Израиль), РФФИ, РГНФ, Умник, Большая разведка. Кафедра сотрудничает с исследовательскими институтами России, Израиля, курортами Пермского края. Сотрудники кафедры осуществляют оказание ортопедической стоматологической помощи пациентам с патологией зубочелюстно-лицевой области.

### **ПЕРВЫЙ В РОССИИ АВТОР УЧЕБНИКА "КУРС ОРТОПЕДИИ" СТУДЕНСКИЙ НИКОЛАЙ ИВАНОВИЧ**

**Зейналов Н.З.**

**Казанский государственный медицинский университет  
Научные руководители – д.м.н., проф. Чикаев В.Ф., д.м.н., проф. Чикаев В.Ф.**

Студенский Николай Иванович родился 1844 г. В 1869 г., закончил Казанский университет принят на должность ординатора госпитальной хирургической клиники, на базе Губернской земской больницы, с которой была тесно связана земская фельдшерская школа. Став преподавателем фельдшерской школы издал «Руководства хирургии для фельдшеров и фельдшерских учеников», выдержавшее в течение 1871—1891 гг. 6 изданий.

Н. И. Студенский принимал активное участие в деятельности Общества врачей г. Казани. По его инициативе в 1871 г. начал издаваться «Дневник общества врачей г. Казани».

В 1873 г. Н. И. Студенский защитил диссертацию «К учению об образовании мочевых камней». В 1874 г. ему было присвоено звание приват-доцента. Н.И. Студенского справедливо считают одним из пионеров применения антисептики в России. Он первым в Казани в широких размерах применил антисептику и начал производить резекции суставов в условиях антисептики. В числе первых отечественных хирургов Н. И. Студенский применил антисептику в военно-полевых условиях — во время русско-турецкой войны. Впервые Н.И. Студенским. В 1885 г. в Петербурге был издан «Курс ортопедии. Это первое в России отечественное учебное руководство в этой области хирургии, которое в течение четырех с лишним десятилетий оставалось единственным отечественным учебником по ортопедии. В 1887 г. Н. И. Студенский был назначен заведующим кафедрой госпитальной хирургии. Огромное значение придавал ученый ведению истории болезни, причем требовал, чтобы описание картины болезни было совершенно объективным и подробным.

Значителен вклад Н. И. Студенского в брюшную хирургию, которая в те времена только зарождалась.

Умер Н.И. Студенский в возрасте 47 лет. Выдающийся русский хирург, профессор В. И. Разумовский отметил, что Н.И. Студенский как ученый развивался под влиянием идей известных демократов-просветителей 60-х гг., в период необычного подъема духовной жизни в России, что он всегда старался быть верным идеалам и заветам этого поколения, девизом которого было стремление к умственному развитию и служению человечеству.

### **«РЕФЛЕКТОРНОЕ КОЛЬЦО» ФИЗИОЛОГА А.Ф. САМОЙЛОВА**

**Чистяков И.В.**

**Московский государственный горный университет**

Великий российский физиолог А.Ф. Самойлов оставил после себя научное наследие, размеры которого сложно переоценить даже сейчас. Отметим, что наиболее плодотворный период научной деятельности А.Ф. Самойлова пришёлся на то

благоприятное для него время, когда он жил и работал в городе Казани, где для его плодотворной работы были созданы комфортные условия и научные разработки, статьи, открытия не заставили себя долго ждать.

В частности, введенный им в 1930 году в обращение физиологический термин «рефлекторное кольцо» «зажил широкой жизнью» благодаря А.Ф. Самойлову.

В 1930 году в «Научном слове», № 2, была напечатана статья А.Ф. Самойлова под названием «Кольцевой ритм возбуждения». Изучение данной статьи в сборнике 1946 года определённо указывает на то, что данный термин, в виде «механизма замкнутого рефлекторного кольца» впервые был использован А.Ф. Самойловым.

А.Ф. Самойлов отмечает, что замыкание «рефлекторного кольца» может происходить как внутри организма, так и через внешнюю среду. Получается, что понятие «рефлекторная дуга» является составной частью «рефлекторного кольца», находящейся внутри организма индивидуума.

Годом ранее увидела свет статья под названием «О переходе возбуждения с клетки на клетку», напечатанная в Берлине. В этой статье было рассмотрено очень ёмкое понятие: «замкнутый круг, возникающий при рефлекторной деятельности», которое является программным моментом существования индивидуума во внешней среде, где нет точки, являющейся началом процесса и точки, в которой процесс завершается в процессе жизнедеятельности организма.

К сожалению, преждевременная кончина А.Ф. Самойлова в 1930 году не позволила ему развить далее применённые им физиологические понятия. Его понятие «замкнутый рефлекс» с теми принципами и свойствами, которые ему присущи, значительно позднее незаметно превратился в механистическое понятие «кибернетика».

Многие другие его авторские понятия, в частности, как было указано выше, «рефлекторное кольцо» применяются во многих других естественных и технических науках, в том числе и в психологии, теории автоматического управления. И здесь, не обошлось без смены авторства на данные понятия. Авторство А.Ф. Самойлова на использование данных понятий, почему-то и как-то «затерялось» во времени. Однако, проведённый анализ и последующий вывод исторических исследований весьма прозрачен и ясен.

В 1930 г. физиолог А.Ф. Самойлов применил и грамотно использовал понятие «рефлекторное кольцо», поэтому авторство на данный термин не может быть оспорено уже никем.

### **ПРОФЕССОР БАТУНИН – ВРАЧ, УЧИТЕЛЬ, ЧЕЛОВЕК**

**Апазова Э.С., Миронычева А.М., Симанкина Ж.Д.  
Нижегородская государственная медицинская академия  
Научный руководитель – д.м.н., проф. Петрова Г.А.**

Одним из выдающихся российских ученых, основавшим нижегородскую научную дерматовенерологическую школу и пользовавшимся большим авторитетом и любовью у студентов и врачей являлся заслуженный деятель науки РСФСР, доктор медицинских наук, профессор, полковник медицинской службы Михаил Петрович Батунин.

Михаил Петрович Батунин родился 28 октября 1894 г. в г. Ардатов Ульяновской области. Успешно окончив в 1924 г. медицинский факультет Казанского университета, он работал на кафедре кожных и венерических болезней этого университета сначала ординатором, затем ассистентом и доцентом. В 1929—1931 гг. он заведовал кафедрой кожных и венерических болезней Казанского университета. Организовал и провел в Казани первый Поволжский съезд дерматовенерологов. В 1931 г. М.П. Батунин был избран профессором и руководителем кафедры кожных и венерических болезней Горьковского медицинского института им. С.М. Кирова, одновременно до 1960 г. он был директором Горьковского научно-исследовательского кожно-венерологического института.

Профессор Батунин совместно с коллегами и учениками работал над проблемами лечения гнойничковых и профессиональных заболеваний кожи, возможностью использования радиоактивных изотопов в диагностике патологических процессов. Коллектив специалистов под руководством Батунина работал над изучением патогенеза сифилиса, совершенствованием методик диагностики и лечения сифилиса и гонореи, в том числе, одним из первых в стране осуществил применение антибиотиков для лечения гонорейной инфекции и содействовал внедрению в диагностический стандарт реакции иммобилизации бледных трепонем. Ученики профессора Батунина первыми в советской дерматовенерологии описали синдром себорейной пупырычатки, эритропозитическую протопорфирию, амилоидоз кожи.

Коллеги Михаила Петровича Батунина отмечали практическую целенаправленность его научной деятельности, его трепетное отношение к пациентам и необычайно интересные занятия со студентами. Он был и остается тем образцом врача, ученого, учителя и человека к которому следует стремиться молодым специалистам.

### **В.И. РАЗУМОВСКИЙ – ХИРУРГ И УЧЕНЫЙ**

**Лойко В.С., Ногеров А.Р.  
Саратовский государственный медицинский университет  
Научный руководитель – к.ф.н. Е.В. Аленкина**

Прекрасный организатор, блестящий педагог, первый ректор трех университетов, В.И. Разумовский был также выдающимся хирургом необыкновенно широкого профиля, автором многих научных разработок, новых методов операций.

Из клинических проблем первое место среди его широких научных интересов занимали нейрохирургия, брюшная хирургия и вопросы общей хирургии. Он также занимался хирургией лица и шеи, торакальной хирургией, урологией, военно-полевой хирургией.

Нейрохирургией В.И. Разумовский начал заниматься на заре своей научной деятельности. В 1893 г. он первым в России начал успешно производить сложные операции по поводу нетравматической эпилепсии. Он также много занимался хирургией периферических нервов, в частности, хирургическим лечением невралгии. Основное направление его исследований в этой области – алкоголизация нервов, способствующая снижению болевой проводимости. В современных условиях разработанный В.И. Разумовским принцип лечения широко применяется при множественных переломах ребер.

По вопросам брюшной хирургии В.И. Разумовским опубликовано 38 научных работ. Под его руководством были разработаны и внедрены в широкую практику расширенные операции при раке желудка. В 1907 г. он произвел первую в России и четвертую в мировой практике операцию разъединения близнецов, сросшихся между собой в области груди и живота.

Несомненной заслугой В.И. Разумовского является разработка органосберегающих операций при туберкулезе яичка. Широко известны и его успешные операции при гигантских зобах.

В период Первой мировой войны В.И. Разумовский занимался проблемами военно-полевой хирургии. Он лично участвовал в оказании помощи раненым в госпиталях Саратова, Тифлиса, на Западном фронте. Необходимо отметить важную роль В.И. Разумовского в пропаганде и распространении среди русских хирургов основных принципов асептики и антисептики.

Современники отмечали, что В.И. Разумовский оперировал анатомично, минимально травмируя органы и ткани. Для него большой был не только объектом хирургических действий, но и человеком, страдающим и жаждущим излечения.

Создатель большой хирургической школы, блестящий диагност и врач, обладавший отличной оперативной техникой, В.И. Разумовский оказал важное влияние на развитие всей русской медико-хирургической науки.

### **ТВОРЧЕСКОЕ НАСЛЕДИЕ К.Л. МЮФКЕ АРХИТЕКТУРНЫЙ АНСАМБЛЬ КЛИНИЧЕСКОГО ГОРОДКА САРАТОВСКОГО МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА**

**Лойко В.С., Ногеров А.Р.**  
**Саратовский государственный медицинский университет**  
**Научный руководитель – к.ф.н. Е.В. Аленкина**

История архитектуры и градостроительства Саратова неразрывно связана с именем К.Л. Мюфке – одного из виднейших российских архитекторов XX столетия, который подарил городу два прекрасных ансамбля: комплекс зданий университета и Клинический городок.

Практически все строения К.Л. Мюфке саратовского периода имеют большую архитектурную ценность: в Списке памятников архитектуры Саратовской области – «Университет»; в Списке зданий, представляющих архитектурную ценность – Клиника оториноларингологии им. Н.П. Симановского, терапевтический и хирургический корпуса Клинического городка, особняк К.Л. Мюфке.

В течение почти трех лет (1909-1911) К.Л. Мюфке работал над проектом всего комплекса университетских зданий. Позднее, в 1912-1913 гг., он проектировал здания университетских клиник в Агафоновском поселке, в то время расположенном на окраине города.

Объем первоначального строительства Клинического городка был очень велик: многочисленные корпуса для лечения больных, лаборатория, аптека, дом для врачей и другие строения. Этим грандиозным планам не суждено было сбыться. К.Л. Мюфке осуществил строительство только трех корпусов: хирургического, терапевтического и корпуса болезней уха, горла и носа.

Архитектор расположил здания с учетом всестороннего визуального охвата как с внешней, так и с внутренней стороны. В комплексе зданий преобладает стилистика модерна, ансамбль строился по павильонному принципу, что позволило создать комфортные условия для лечения больных.

Фундамент здания первой клиники (хирургической) был заложен в 1912 г. Активное строительство началось только после завершения постройки учебных корпусов университета. В связи с началом Первой мировой войны и последующими революционными событиями строительство затянулось на много лет. Торжественное открытие Клинического городка состоялось 28 ноября 1926 г.

Позже комплекс Клинического городка постоянно расширялся, был построен ряд новых зданий. В настоящее время Клиническая больница им. С.П. Миротворцева СГМУ – крупнейший в Поволжье медицинский центр, мощное многопрофильное лечебное учреждение, здания которого являются настоящими памятниками градостроительства.

### **ВАЙС СОЛОМОН ИОСИФОВИЧ (1895–1968)**

**Клементьева А.В.**  
**Казанский государственный медицинский университет**  
**Научный руководитель – к.м.н., асс. Мартянова М.В.**

Вайс Соломон Иосифович родился в 1895 году в Польше в городе Петорокове в семье кустаря-одиночки. С 1912 году учится в Одесской учительской семинарии. С 1915-1919 гг. преподает в Виленской губернии в школе. С 1920 года учится в Харьковском медицинском институте и к 1932 г. заканчивает его одонтологический и лечебный факультет. В 1925-1926 гг. работает одонтологом в с. Петровское Харьковской области. В 1927-1935 гг. является ординатором, а затем ассистентом клиники консервирования зубопротезирования одонтологического факультета Харьковского медицинского института и параллельно ассистентом кафедры стоматологии Харьковского института усовершенствования врачей. В мае 1927 г. защищает дипломную работу «Эндокринная система и жевательный аппарат». В 1934 г. ему присвоено ученое звание доцента и степень кандидата медицинских наук без защиты диссертации. С 1935-1939 гг. работает в Киевском стоматологическом институте в качестве доцента и заместителя директора по научной части. С 1938 г. он профессор, зав. кафедрой терапевтической стоматологии Казанского стоматологического института и зав. кафедрой стоматологии Казанского ГИДУВа, в 1946-1950 гг. – зам. директора стоматологического института. В 1946 г. защитил в Совете КГМИ докторскую диссертацию «Анафилактическая реакция слюнных желез собаки», а в 1947 г. ему присваивается звание профессора. В годы Великой Отечественной войны работал стоматологом эвакогоспиталей г. Казани. Постоянно повышающий свой научный уровень ученый, Соломон Иосифович – автор 50 научных работ по терапевтической стоматологии, в том числе и монографии «Болезни пульпы зуба», и учебника «Терапевтическая стоматология». Под его руководством защищено 8 кандидатских и 2 докторские диссертации. Награжден орденом «Знак Почета» и медалями. Многократно участвовал в съездах и конференциях: членом стоматологической секции ученого Совета при Наркомздраве Украины, членом 2 украинского стоматологического съезда, член Правления Казанского стоматологического общества. С 1951 г. возглавлял кафедру терапевтической стоматологии Иркутского медицинского института и бессменно руководил Областным стоматологическим обществом.

### **УЧЕНИКИ КАЗАНСКОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ШКОЛЫ В РАЗВИТИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ САРАТОВСКОЙ ОБЛАСТИ**

**Никифоров П.В.**  
**Саратовский государственный медицинский университет им. В.И. Разумовского**  
**Научный руководитель – к.м.н., асс. Фирсова И.В.**

Большой вклад в развитие X императорского Николаевского университета в Саратове внесли выпускники Казанской медицинской школы. Организационное становление здравоохранения в Саратовской губернии завершено в 1909 году открытием университета с единственным медицинским факультетом, деканом которого по предложению министра народного просвещения А.Н. Шварца стал ученик казанской медицинской школы В.И. Разумовский. В Казани Василий Иванович прошел путь профессионального становления врача и педагога от ординатора госпитальной хирургической клиники до заведующего

кафедры факультетской хирургии. В Саратове В.И.Разумовский возглавлял кафедру госпитальной хирургии и создал научную хирургическую школу. Строительство университетского комплекса поручили директору Казанской художественной школы К.Л. Мюфке, к тому времени уже имевшему богатую строительную практику и отличавшемуся идеальной честностью. В Саратове Карл Людвигович создал прекрасный ансамбль университетских зданий и многих клиник. В настоящее время к 100 летию Саратовского медицинского университета было добавлено имя В.И.Разумовского, его имя носит одна из городских больниц и кафедра общей хирургии СГМУ. Немаловажную роль в развитии здравоохранения Саратова сыграли и другие ученики Казанской медицинской школы: Заболотнов П.П., Чуевский И.А., Осокин Н.Е., Карташов П.Н., Боголюбов В.Л., Круглев А.Н., Кропачев А.М., Китаев Ф.В., Черномордин Я. И., Жилкин Н.Н., Михайлов В.В.. Современный медицинский университет - учебное заведение, призванное способствовать получению профессионального медицинского образования, огромная лаборатория и кладовая знаний, доставшаяся нам от великих основоположников. Мы гордимся великолепными учеными, врачами, которые стояли у истоков Саратовского здравоохранения и медицинского образования. Все они внесли свой вклад в развитие медицины и науки в Саратове, светлая память о них живет в их делах и сохраняется в истории медицины нашей губернии.

## **ЛУЧШИЕ ТВОРЧЕСКИЕ ГОДЫ ЖИЗНИ ПРОФЕССОРА А.В. КИБЯКОВА В КАЗАНИ**

**Уткузов А.А.**

**Казанский государственный медицинский университет  
Научный руководитель - к.м.н., доц. Ахтямова Д.А.**

Алексей Васильевич Кибяков (1899-1985), профессор, чл.-корр. АМН СССР, заведующий кафедрой нормальной физиологии Казанского медицинского института (1936-1956), окончил медицинский факультет Казанского университета, а затем аспирантуру при кафедре нормальной физиологии, с 1930 г. – ассистент этой кафедры. Ученик великих ученых Н.А.Миславского и А.Ф.Самойлова, воспитанник всемирно известной Казанской медицинской школы, под влиянием идей профессора А.Ф.Самойлова, занялся изучением роли химических посредников в проведении возбуждения в нервных структурах центральной нервной системы. Объектом исследований стал симпатический ганглий кошки. Впервые в мире экспериментально доказал теорию гуморальной передачи возбуждения с одной нервной клетки на другую. Результаты исследований были доложены на XV Международном конгрессе физиологов (1935), где получил самую высокую оценку и признание научного мирового сообщества.

В последующих работах А.В.Кибякова было развито учение о трофической роли медиаторов. Им было доказано, что нервное воздействие на трофику внутренних органов и тканей осуществляется при обязательном участии медиаторов, также изучались физиологическая роль адреналина и ацетилхолина в деятельности нервной системы. Полученные данные были представлены в монографии «О природе регуляторного влияния симпатической нервной системы». За цикл этих исследований он был удостоен премии АН СССР им.И.П.Павлова (1949).

Годы жизни и работы в Казани были самыми плодотворными и успешными в творчестве одаренного ученого, он подготовил 14 докторов наук, более 40 кандидатов наук, привлекая к исследованиям талантливую молодежь, в том числе, и клиницистов. Он воспитал большой отряд видных деятелей теоретической и практической медицины, которые работали в разных городах нашей страны. А.В.Кибяков был не только выдающимся физиологом, но и прекрасным лектором, педагогом и общественным деятелем, отдавшим много сил в обучении врачебных кадров и подготовке молодой смены.

В 1956г. А.В.Кибяков покинул Казань в связи с избранием его заведующим кафедрой физиологии 1 Ленинградского медицинского института.

## **ВКЛАД ШИШКИНОЙ ЗОИ АЛЕКСАНДРОВНЫ В РАЗВИТИИ КАЗАНСКОЙ ШКОЛЫ СТОМАТОЛОГИИ**

**Ахмедова Ю.А.**

**Казанский государственный медицинский университет  
Научный руководитель – к.м.н., асс. Мартынова М.В.**

Важную роль в восстановлении, развитии и становлении кафедры терапевтической стоматологии Казанского стоматологического института сыграла кандидат медицинских наук Зоя Александровна Шишкина.

Зоя Александровна Шишкина родилась 22 апреля в 1921 году в селе Астрадамовка Куйбышевской (ныне Самарской) области. После девяти лет обучения в средней школе она поступила в Казанский ветеринарный институт, где проучилась два года. Затем работала коллектором-чертежником в г.Кизеле Уральской области, препаратором патологоанатомического отдела во Всесоюзном институте экспериментальной ветеринарии и зоотехники. Далее поступила в Казанский стоматологический институт и аспирантуру при кафедре терапевтической стоматологии КГМИ и приступила к работе ассистентом этой кафедры. В связи с ликвидацией стоматологического института перешла на работу ассистентом кафедры стоматологии Казанского ГИДУВа.

В 1950 году защитила кандидатскую диссертацию. Начиная с 1956 года, Зоя Александровна избирается заведующим кафедрой терапевтической стоматологии Казанского стоматологического института и занимает эту должность по 1959 год. В этот период кафедра активно изучает проблемы консервативного лечения пульпитов. З.А. Шишкина в сотрудничестве с ассистентами кафедры Т.Т.Школяром, С.И. Вайсом впервые внедрила в практическую стоматологию применение препаратов антибактериальной природы – пенициллин в сочетании с левомицетином. Этот биологический метод лечения воспаленной пульпы авторы опубликовали в статье «Клинико-бактериологические наблюдения при лечении пульпитов антибиотиками». По настоящее время консервативное лечение начального воспаления пульпы считается неинвазивным и прогрессивным методом терапии с сохранением и восстановлением полноценного органа.

За свою научную и практическую деятельность была награждена многочисленными медалями, в том числе «За доблестный труд в Великой Отечественной войне 1941–1945 гг.» В дальнейшем Зоя Александровна вернулась на кафедру стоматологии ГИДУВа в Казани.

По сей день имя Зои Александровны является примером организатора терапевтической стоматологии в Казани.

## **НАУЧНОЕ НАСЛЕДИЕ Н.И. СТУДЕНСКОГО В ФОНДЕ НАУЧНОЙ БИБЛИОТЕКИ КГМУ**

**Захарова А. В.**

**Казанский государственный медицинский университет  
Научный руководитель – Майорова Е. В.**

Казанская хирургическая школа... Это сочетание слов вызывает гордость и восхищение, уважение и признательность. Казань подарила хирургической науке и практике целую плеяду замечательных ученых. Николай Иванович Студенский (1844-1891гг.) занимает в ней достойное место. Его путь в медицину и в медицине был классическим. Вот только основные вехи этого пути... Медицинский факультет Казанского университета, защита диссертации, преподавательская и научная работа в Alma

mater – лекции, операции, научные поиски. Н. И. Студенский во многих областях хирургии был первым. Он впервые в Казани применил антисептику, первым в 1890-е гг. совместно с В. М. Бехтеревым выполнил операцию на головном мозге. Жизнь Н. И. Студенского оказалась до обидного короткой. Он скончался в возрасте 47 лет, полный энергии и страстной любви к делу. Остались незавершенными дела, нереализованными мечты и планы. Но ничего не исчезает бесследно. Сохранились воспоминания, исследования о его деятельности. И главное – имеется научное наследие ученого, хранящееся в фонде научной библиотеки КГМУ. Вот только некоторые из его трудов:

- По инициативе Н. А. Студенского с 1871 года стал издаваться «Дневник общества врачей г. Казани» – уникальный исторический источник, в котором публиковались научные статьи, доклады, статистические данные о заболеваемости. Сам он на страницах «Дневника» в 1871-1882 гг. опубликовал 29 статей. Все они сохранились.

- «К учению об образовании мочевых камней. Диссертация на степень доктора медицины Н. Студенского», 1873 года, в которой обобщены результаты его экспериментальных исследований об этиологии мочекаменной болезни.

- «Курс ортопедии, читанный студентам-медикам 3 курса Императорского Казанского университета доцентом Н. Студенским», Санкт-Петербург, 1885 год – первое в России отечественное руководство по этой теме. В научной библиотеке имеются и другие труды Н. И. Студенского. Любой из них – ожившие страницы истории хирургии, связь веков и течение времени.

#### **К 145 ЛЕТИЮ СО ДНЯ РОЖДЕНИЯ ДОКТОРА МЕДИЦИНЫ ВЫРУБОВ НИКОЛАЙ АЛЕКСЕЕВИЧ (1869-1918): ДОКТОР, УЧЁНЫЙ, ЧЕЛОВЕК**

**Насибуллина Я.Р.**

**Казанский государственный медицинский университет**

**Научный руководитель – к.и.н., ст. преп. Шигабутдинов Р.Р.**

13 января 1869 г. исполнилось 145 лет со дня рождения выдающегося российского психиатра, невролога и психоаналитика Вырубова Николая Алексеевича, награжденного Серебряной медалью в память царствования Императора Александра III.

Он родился в Восточной Сибири в семье врача. В 1888 г. окончил Орловскую гимназию, а в 1893 г. – медицинский факультет Московского университета. В 1894 г. удостоен степени лекаря. В 1894-1895 гг. работал в Клинике душевных и нервных болезней Военно-медицинской академии. С 1895 г. по 1897 г. был врачом Землянского уездного земства, а с 1897 г. – ординатором городской психиатрической больницы Св.Пантелеймона.

В 1899 г. защитил докторскую диссертацию по проблеме перерождений нервных клеток и волокон, цензором которой был В.М. Бехтерев. Работа Н.А. Вырубова в настоящее время носит лишь исторический интерес, так как произошли огромные перемены в трактовке диагностики прогрессивного паралича. 15 мая 1899 г. удостоен степени доктора медицины в ВМА (British Medical Association). В 1901 г. он получает чин титулярного советника и начинает свою работу в качестве директора Воронежской психиатрической земской больницы.

В 1909 г. опубликовал в статьи: «Психоаналитический метод Фрейда и его лечебное значение» и «Психологические основы теории Фрейда о происхождении неврозов», фактически ставшие одними из первых российских научных работ по психоанализу.

В 1910 г. при участии коллег организовал издание журнала «Психотерапия, Обзорение вопросов психического лечения и прикладной психологии». Этот журнал сыграл информационную и просветительскую роль, способствовал распространению всего комплекса психоаналитически ориентированных идей и внедрению соответствующей психотерапевтической практики.

С 1917-1919 гг. проработал профессором по кафедре нервных и душевных болезней Казанского Университета.

#### **К 150-ЛЕТИЮ ОСНОВОПОЛОЖНИКА ВИРУСОЛОГИИ ДМИТРИЯ ИОСИФОВИЧА ИВАНОВСКОГО**

**Усманова Э.А.**

**Казанский государственный медицинский университет**

**Научный руководитель – к.м.н., доц. Фёдорова Е.Р.**

Дмитрий Иосифович Ивановский родился в 1864 году в Петербургской губернии. Окончив гимназию с отличием, в 1883 году поступил в Петербургский университет на физико-математический факультет, закончил его в 1888 году и был оставлен при кафедре ботаники. Под руководством А. Н. Бекетова, А. С. Фаминцына и Х. Я. Гоби изучал физиологию растений и микробиологию. В 1895 году защитил магистерскую диссертацию и начал чтение лекций.

Ещё в студенческие годы Ивановский начал интересоваться болезнями растений и изучал на Украине и в Молдавии распространение заболевания рябухи, уничтожавшей урожаи табака. Позднее его особенно заинтересовала мозаичная болезнь этого растения, и он занялся поиском возбудителя. Профильтровав сок растения через фарфоровый фильтр, он впервые в мировой науке доказал фильтруемость заразного начала болезни. Он считал, что фильтрат содержит либо мельчайшие бактерии, либо токсины, выделяемые ими. Ученый установил, что отфильтрованная жидкость все еще сохраняла инфекционные свойства. Именно 1892 год, когда Ивановским был сделан доклад "О двух болезнях табака", считается датой начала учения о вирусах. Открытие вирусов сыграло огромную роль в развитии ряда научных дисциплин и позволило расшифровать этиологию таких заболеваний, как бешенство, оспа и многих других.

С 1901 по 1915 г. Д.И. Ивановский был профессором кафедры физиологии растений в Варшавском университете. В 1902 году защитил диссертацию "О мозаичной болезни табака", получив степень доктора ботаники. Затем он занимал такую же кафедру в университете в Ростове-на-Дону.

Наряду с работами Ивановского по вирусологии, он проводил ряд исследований в области почвенной микробиологии, физиологии и анатомии растений. Ивановский занимался изучением процесса спиртового брожения и влияния на него кислорода и пигментов зелёных листьев. Совместно с М.С. Цветом проводил научное исследование воздушного питания растений.

Д.И. Ивановский умер 20 апреля 1920 года в Ростове-на-Дону.

В 1950 году в знак признания выдающихся заслуг ученого Институтом вирусологии АМН СССР (ныне РАМН) было присвоено его имя, а в Академии медицинских наук учреждена премия имени Д.И. Ивановского, которая присуждается один раз в три года за лучшую научную работу по вирусологии.

## **СТРАНИЦЫ ИСТОРИИ РАЗВИТИЯ ШКОЛЫ КАЗАНСКИХ АКУШЕР-ГИНЕКОЛОГОВ (К 80- ЛЕТИЮ КАФЕДРЫ АКУШЕРСТВА И ГИНЕКОЛОГИИ № 2 КГМУ)**

**Измайлов А.А., Галимьянова Э.И.**

**Казанский государственный медицинский университет**

**Научные руководители – д.м.н., проф. Фаткуллин И.Ф., д.м.н., проф. Козлов Л.А.**

1933 год для Казанского Медицинского института ознаменовался 2 выдающимися событиями: исполнилось 100 лет со дня создания акушерско - гинекологической клиники (1833 г.), 1 сентября 1933 года создана кафедра акушерства и гинекологии № 2. Основные научные направления кафедры - продолжение поиска и идей В.С. Груздева.

Исторически определились онкологическое и эндокриногическое направления. В.С. Груздев – один из I-х в России применил радий для лечения опухолей матки. И.Ф. Козлов объяснил влияние рентгеновских лучей на ткань матки. В 1952 году Х.Х. Мещеровым защищена докторская диссертация, посвященная радиотерапии рака женской половой сферы.

Эндокриногическое направление связано с именем Г.М. Шарафутдинова: докторская диссертация - «Внутрисекреторно-морфологическое развитие передней доли гипофиза, щитовидной железы и яичников при естественном и искусственно вызванном половом созревании организма», 1958 г.

В 1966 году заведующей кафедрой становится проф. З.Н. Якубова. Методы профилактики кровотечений (по З.Н.Якубовой), «гормональных шипцов». Она - инициатор широкого внедрения ВМС в РТ: фактически основа создания государственной системы планирования беременности.

В 1984 году кафедру возглавил проф. Б.Г. Садыков, который развил свою школу по резус-конфликтной беременности и нейросенсибилизации.

С 1995 г. кафедрой акушерства и гинекологии № 2 руководит д.м.н., проф. И. Ф. Фаткуллин. Направления работы кафедры сегодня – проблема кесарева сечения и родов у женщин с оперированной маткой, акушерские кровотечения, преждевременные роды, миома матки, патология эндометрия. Операция кесарева сечения с извлечением маловесного плода в целом плодотворна – настоящим брендом клиники, вошла в практику многих акушерских отделений страны.

Традиционно, из поколения в поколение передается важная, отличительная черта Груздевской научной школы: четкая практическая направленность результатов работ, их первоочередной значимости для практического здравоохранения.

## **СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ОСНОВНЫХ ТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ ПОДХОДОВ В 19 ВЕКЕ И В СОВРЕМЕННОСТИ (НА ПРИМЕРЕ ИСТОРИЧЕСКОГО АНАЛИЗА ТРУДОВ ПРОФ. Н.А. ЗАСЕЦКОГО)**

**Белоусова Е.Н., Кунст М.А., Шамсутдинова Н.Г.**

**Казанский государственный медицинский университет**

**Научный руководитель – д.м.н., проф. Абдулганиева Д.И.**

Н.А. Засецкий родился 19 августа 1855 года в Вологодской губернии. В 1875 году он поступил в Санкт-Петербургскую медико-хирургическую академию, которую закончил в 1880 году. Н.А. Засецкий получил звание лекаря и золотую медаль за представленные работы. В сфере его интересов – заболевания внутренних органов.

В июле 1886 года Н.А. Засецкий был назначен экстраординарным профессором кафедры частной патологии и терапии Казанского университета, и с этого момента вся его дальнейшая жизнь была связана с Казанью. В 1893 году Николай Александрович получил звание ординарного профессора, а в 1903-1912 годах он возглавлял кафедру госпитальной терапии, с 1897 года также был старшим врачом Казанской губернской земской больницы и директором фельдшерской школы Казанского губернского земства.

Основные научные изыскания Н.А. Засецкого были посвящены вопросам желудочно-кишечной патологии, изучению действия ряда лекарственных средств (каирин, амилнитрит, антипиридин, пилокарпин). Профессору Засецкому принадлежит довольно много учёных трудов, из которых упомянем: «О желудочном соке лихорадящих», «К вопросу о заразительности чахотки», «О противохолерических способах лечения» и др. В 1896 году был издан его курс лекций о болезнях сердца и желудка.

Весьма успешной была педагогическая деятельность Н.А. Засецкого. Будучи заведующим кафедрой частной патологии и терапии, Н. А. Засецкий смог организовать лекции и практические занятия, которые пользовались большой популярностью у студентов. Разбирая тот или иной болезненный процесс, Николай Александрович умел в картине определенной болезненной формы выделить самое основное и важное.

В декабре 1916 года Н. А. Засецкий был назначен членом Медицинской испытательной комиссии, при Императорском Казанском университете. Он скончался 16 марта 1917 года. Сохранившаяся в Национальном архиве РТ запись в метрической книге Крестовоздвиженской церкви при Казанском Императорском университете за 1917 год гласит, что «скончался от воспаления почек».

Проанализировав труды Н.А. Засецкого, можно отметить, что подходы к диагностике, лечению заболеваний желудочно-кишечного тракта и сердца, во многом соотносятся с современными представлениями о внутренних болезнях.

## **СТАНОВЛЕНИЕ И РАЗВИТИЕ КАЗАНСКОЙ ШКОЛЫ СТОМАТОЛОГОВ**

**Фазлутдинова А.Р.**

**Казанский государственный медицинский университет**

**Научный руководитель – к.м.н., асс. Мартянова М.В.**

Зубоврачевание – древнейшее ремесло, избавляющее человечество от страданий и боли,- переросло в медицинскую науку и практику, получив свое название – «стоматология».

Предыстория кафедры терапевтической стоматологии, как и других стоматологических кафедр Казанского медицинского института, связана с кафедрой одонтологии Казанского университета, основанной в 1921 г. проф. П.А. Глушковым – одним из основоположников отечественной экспериментальной стоматологии.

Собственно кафедра терапевтической стоматологии была организована в 1938 г. с созданием Казанского стоматологического института. Кафедру возглавил доцент, профессор С.И. Вайс. Научные исследования этого периода были посвящены изучению кариеса. Была выполнена 31 работа, в том числе 1 докторская и 2 кандидатских диссертации.

За период с 1938-1950 гг. было подготовлено 1075 врачей – стоматологов. В годы Великой Отечественной войны коллектив принимал участие в оказании помощи раненым в челюстно-лицевую область.

В связи с открытием стоматологического факультета в Казанском медицинском институте в 1954 г. вновь была организована кафедра терапевтической стоматологии. В 1957 г. с организацией стоматологической поликлиники медицинского института она стала основной лечебной, научно – исследовательской базой, где прошло не одно поколение врачей – стоматологов для общего обширного Восточного региона СССР.

В течение 1956 по 1960 обязанности заведующего кафедры исполняли ассистенты З.А. Шишкина, затем ассистент Р.Ф. Патукина.

В 1960 году заведующим кафедры был кандидат медицинских наук Г.Д. Овруцкий – автор 18 монографий и 3 учебных пособий. Под его руководством были выполнены 3 докторские и 52 кандидатские диссертации, проведены исследования зависимости стоматологических заболеваний от иммунного статуса организма. С 1961 г. был сформирован научный кружок кафедры, а с 1963 г. введена аспирантура.

С 1990 г. заведующим терапевтической кафедры избран И.И. Гиниятуллин. Ирек Ибрагимович в 1994 г. успешно защитил докторскую диссертацию, в 1995 г. был утвержден в звании профессора. В 1990 г. получил авторское свидетельство на изобретение «Способ профилактики кариеса зубов». Последние годы активно ведутся работы по созданию научных основ профессиональных медицинских стандартов лечения основных стоматологических заболеваний.

## **ПРОФЕССОР АНАТОЛИЙ ИЛЬИЧ КОЖЕВНИКОВ – ВЕЛИКИЙ НИЖЕГОРОДСКИЙ ХИРУРГ**

**Тимофеева Е.**

**Нижегородская государственная медицинская академия**

Особое место в истории нижегородской хирургии принадлежит Анатолию Ильичу Кожевникову. Он окончил медицинский факультет I Московского университета, затем поступил в ординатуру на кафедру пропедевтической хирургии под руководством П.А. Герцена.

С 1931 г. А.И. Кожевников начинает научную деятельность на кафедре госпитальной хирургии НижГМИ. Вскоре он становится авторитетным хирургом и педагогом.

Велика его роль в диагностике и лечении онкологических заболеваний: рака нижней губы, шейки матки, языка. Он внедрил в практику интубационный наркоз. В 1937 г. ему присвоено звание кандидата медицинских наук.

В годы войны Кожевников – ведущий хирург торакального и эвакогоспиталя. За заслуги он был награжден медалью «За трудовую доблесть», орденами «Знак почета», «Красная звезда» и Трудового Красного Знамени.

В 1956 г. хирург приступает к докторской диссертации на тему «Об оперативном лечении рака прямой кишки». Разработанные им методы диагностики и лечения позволили снизить летальность. Особое внимание профессор уделял илеоколекторопластике и травматологии.

С 1956 г. Кожевников А.И. был заведующим кафедрой общей хирургии НижГМИ и деканом лечебного факультета, а с 1958г. – главным онкологом, председателем Горьковского научного общества хирургов. По его инициативе в ОКБ открыто проктологическое отделение, расширено хирургическое отделение.

В 1968 г. ему присвоено звание «Заслуженный деятель науки РСФСР».

Под руководством профессора Кожевникова А.И. защищено 8 докторских и 32 кандидатские диссертации, он являлся членом диссертационного совета Нижегородского и Казанского мед.ВУЗов. Многие авторы руководств, пособий считали важным получить рецензию именно от него.

В 1975 г. Анатолий Ильич перестал оперировать, но в течение 5 лет был профессором-консультантом. Скончался великий нижегородский хирург 27 октября 1984 года.

В 2000 г. кафедре общей хирургии и хирургической клинике присвоено имя А.И. Кожевникова, в доме, где он жил, и в ОКБ открыты мемориальные доски. Студенты НижГМА получают ежегодно именную стипендию им. А.И. Кожевникова. На протяжении 20 лет кафедра общей хирургии проводит «День клиники», посвященный дню рождения своего учителя.

Память о великом хирурге и человеке жива в продолжении его дел, в памяти его учеников.

## **ПАНОРМОВ АЛЕКСЕЙ АЛЕКСАНДРОВИЧ (1859 - 1927): ДОКТОР, УЧЕНЫЙ, ЧЕЛОВЕК**

**Михайлова Л.Р.**

**Казанский государственный медицинский университет  
Научный руководитель – к.и.н., ст. преп. Шигабутдинов Р.Р.**

4 октября 2014 года исполняется 155 лет со дня рождения профессора Казанского университета, выдающегося учёного в области биохимии и медицинской химии Панормова Алексея Александровича.

Он родился и получил среднее образование в Самарской духовной семинарии. Поступил на медицинский факультет Казанского Университета. Нужда, бедность, переписка за грошовую плату чужих лекций, полуголодное существование не стали для него препятствием при получении высшего образования и становлению великим в своем деле. Будучи одним из выдающихся студентов в своем курсе он получил золотую медаль за научную работу и обратил на себя внимание талантливого казанского профессора Н.А. Виноградова.

Некоторые его исследования: «К учению о локализациях в головном мозгу» (1886), «О количественном определении гликогена и посмертном образовании сахара в печени» (1886), «Находится ли у диабетиков сахар в слюне, желудочном соке и поте» (1890), «О виде сахара, образующегося в желудке из крахмала» (1890). По истечении 4-х лет ординаторского стажа он представляет диссертационную работу и удостоивается 6 ноября 1886 г. степени доктора медицины.

Главные научные работы Алексея Александровича посвящены сложнейшим проблемам химии, над которой работали поколения физиологов-химиков – проблеме белковых тел.

Будучи бездетным, он взял на попечение племянниц и племянника из многодетной, бедной семьи своей сестры, а также воспитывал племянников своей жены, которые остались сиротами. Он дал им образование, помогал материально.

Алексей Александрович тяжело воспринял первую русскую революцию (1905-1907 гг.). После увиденных уличных кровавых сцен, у него развилось нервное расстройство (невроз сердца, боязнь пространства), вследствие чего он не мог ходить без посторонней помощи. После этой болезни и в особенности после смерти жены (1920 г.) он совершенно замкнулся в лабораторную деятельность, избегая собраний, заседаний, но не переставал быть душой общества в кругу близких людей.

А.А. Панормов заслужил уважение студентов, коллег, пациентов. Близкие знали его как «дядя Леша». Он сердечно помогал всем, кому был в силах помочь.



## **ВКЛАД ПЕТРА АРКАДЬЕВИЧА ГЛУШКОВА В РАЗВИТИЕ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ**

**Мошкова Е.В.**

**Казанский государственный медицинский университет  
Научный руководитель – к.м.н., асс. Мартянова М.В.**

Петр Аркадьевич родился 19 декабря 1880 г. в поселке Мелекесе Самарской губернии. Высшее образование получил на медицинском факультете Казанского государственного университета, который окончил в 1904 году со степенью лекаря с отличием.

С 1908 г. Петр Аркадьевич заинтересовался стоматологией, новой отраслью медицины, не имевшей тогда самостоятельной базы. Было лишь «зубоврачевание», которым занимались в частных кабинетах дантисты, зубные врачи.

В 1911 г. он прослушал курс консервативного зубоврачевания в Санкт-Петербурге у приват-доцента Ф.А. Звержховского (1873—1949). С 1912 г. П.А. Глушков стал читать курс лекций консервативного зубоврачевания во 2-й Казанской зубоврачебной школе.

В апреле 1918 г., после сдачи экзаменов и публичной защиты диссертации на тему «Кожная иннервация тыла стопы», советом медицинского факультета Казанского университета Петр Аркадьевич утвержден в ученой степени доктора медицины, и осенью 1919 г. медицинский факультет поручил ему чтение курса патологии и терапии зубных болезней с клиникой консервативного зубоврачевания.

В октябре 1920 г. П.А. Глушков избирается по конкурсу профессором кафедры одонтологии. При кафедре функционировали три отделения: терапевтическое, хирургическое, протезное. Таким образом, с именем П.А. Глушкова были связаны организация, становление и развитие Казанской школы стоматологов.

В ноябре 1923 г. он принимает участие в работе I Всероссийского одонтологического съезда, на котором обсуждались следующие вопросы: организация стоматологической помощи; кариес как социальная болезнь; профилактика кариеса и гигиена полости рта.

В 1928 г. одонтологическая клиника была переименована в стоматологическую клинику, ее директором назначили П.А. Глушкова. Профессор Глушков заведовал кафедрой одонтологии и стоматологической клиникой, читал курс одонтологии и стоматологии студентам V курса медицинского факультета.

В 1930 г. он переехал в Ленинград, где под руководством академика А.Д. Сперанского продолжал свою научную деятельность в Институте экспериментальной медицины.

Профессор Глушков до последних дней своей жизни неустанно работал, вел прием больных, готовил к печати свои труды. Его перу принадлежит более 20 научных работ.

## **У ИСТОКОВ ПЕРМСКОЙ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ШКОЛЫ**

**Вазиков И.Х.**

**Пермская государственная медицинская академия  
Научный руководитель – к.м.н., доц. Шевчук В.В.**

Изучение истории медицины неразрывно связано с её краеведческой составляющей. К сожалению, до настоящего времени историческое наследие ученых-медиков пермской терапевтической школы изучено явно недостаточно. В данной работе мы остановимся на личности основателя кафедры факультетской терапии профессоре Владимире Флавиановиче Симоновиче и основателе кафедры госпитальной терапии профессоре Петре Алексеевиче Ясницком.

Симонович Владимир Флавианович (1870-1929) — основатель кафедры факультетской терапии Пермского медицинского института, одновременно в течение нескольких лет руководил кафедрой пропедевтики внутренних болезней, ученик профессора Н.Н. Сиротинина, наследник классических традиций Петербургской терапевтической школы С.П. Боткина. Автор книги «Клиническая диагностика и семиология» часть 1 (Ленинград, 1929), вторая часть книги осталась в рукописи и не была издана в связи со смертью автора. Научные интересы были сосредоточены на проблемах кардиологии. Похоронен на Егошихинском кладбище в г.Перми.

Ясницкий Петр Алексеевич основал и в течение 32 лет возглавлял кафедру госпитальной терапии. Петр Алексеевич родился в 1891 году в селе Юкаменское Глазовского уезда Вятской губернии. В 1917 году окончил медицинский факультет Юрьевского университета и был мобилизован в армию в качестве военврача. С 1919 года зачислен в штат медицинского факультета Пермского университета (на кафедру диагностики внутренних болезней, которой руководил проф. А.С. Лебедев), с 1922 года работал на кафедре факультетской терапии под руководством профессора В.Ф. Симоновича. П.А. Ясницкий описал динамику клинической картины инфаркта миокарда, признаки изменений сосудов при артериальной гипертензии, изучал ревматические и септические заболевания, авитаминозы. В годы Великой Отечественной войны был назначен начальником специализированного терапевтического госпиталя и старшим терапевтом Молотовского эвакуационного пункта. Благодаря новаторским научным исследованиям профессора П.А. Ясницкого, был основан курорт республиканского значения Усть-Качка, изучены свойства минеральных вод, разработаны методики применения лечебных факторов при различных заболеваниях. Скончался П.А. Ясницкий в 1968 году и был похоронен на любимом им курорте Усть-Качка. Благодарные горожане на руках несли гроб с его телом более

## **ВСЕВОЛОД ПРОКОПЬЕВИЧ ПЕРВУШИН**

**Сахабиева Г.Н.**

**Пермская государственная медицинская академия  
Научный руководитель – к.м.н., доц. Пустоханова Л.В.**

Основатель Пермской неврологической школы Всеволод Прокопьевич Первушин родился 7 января 1869 года в Перми в семье служилого дворянина. С золотой медалью окончил гимназию, а затем поступил на медицинский факультет Казанского императорского университета. Будучи пятикурсником в качестве помощника врача вел борьбу с эпидемией холеры в Чердынском уезде, на каникулах работал в анатомическом покое и аптеке Пермской губернской больницы имени императора Александра.

В.П. Первушин удостоен почетной степени доктора наук за монографию «Polyomyelitis acuta infantum», опубликовал статьи «К учению о миопатии», «Прогрессирующая форма неврита плечевого сплетения», стал врачом первой в России Казанской лечебницы для алкоголиков, помогал своему учителю профессору Л.О. Даркшевичу в подготовке издания «Курс нервных болезней». Преподавал в женской фельдшерско-акушерской школе, в школах сестер милосердия, был главврачом

лазарета Общества Красного Креста, вел борьбу против туберкулеза, детской смертности, холеры и испанки. В.П.Первушин возглавил научно-учебную часть и клинику нервных болезней в Казанском институте.

17 октября 1921 года Всеволод Прокопьевич вступил в заведование нервным отделением Пермской губернской больницы. Он создал новое учреждение – учебное, лечебное, научно-исследовательское. Более 30 лет разные поколения пермских студентов-медиков изучали «Учение о нервных болезнях с клиникой» - курс, который вел Всеволод Прокопьевич. В Перми Всеволода Прокопьевича интересовали такие направления как специфические нейроинфекции (полиомиелит, весенне-летний клещевой энцефалит). Он основал санаторно-курортное дело и физиотерапию на Урале, вел активную борьбу с алкоголизмом, изучал патологию спинномозговой жидкости, активно занимался общественной деятельностью.

Ученый совет ПГМА на заседании 15 октября 2008 года принял единогласное решение: присвоить кафедре нервных болезней лечебного факультета имя её основателя и первого руководителя профессора В.П.Первушина.

## **СТАНОВЛЕНИЕ И РАЗВИТИЕ КЛИНИК КАЗАНСКОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ШКОЛЫ: НАЧАЛО НАЧАЛ...**

**Леухин Р.В., Рагимова А.А.**

**Казанский государственный медицинский университет  
Научный руководитель – д.м.н., доц. кафедры Вахитов Х.М.**

История клиник медицинского университета берет свое начало в далеком 1836 году с момента приезда в Казань российского императора Николая I, по указу которого была построена «новая» клиника, и началось самостоятельное преподавание медицинских дисциплин непосредственно у постели больного. Это событие можно считать моментом зарождения всех знаменитых казанских клинических школ. Однако через 40 лет «новая» клиника устарела и, по мнению профессоров медицинского факультета Казанского Университета: «не отвечала ни с точки зрения современной гигиены, ни по отношению к современным научным требованиям для клинического преподавания». В связи с этим в 1888 г. было принято решение направить в Министерство народного просвещения ходатайство о выделении 800 тысяч рублей на постройку новых клинических зданий. В следующем году ходатайство было удовлетворено. Важным вопросом организации строительства новых клиник стало определение их будущего местонахождения, планировки и функциональности помещений. На заседании 16 июня 1889 г. профессора медицинского факультета остановили свой выбор на Арском поле. Однако в связи с проблемами в финансировании строительные работы по возведению больничного комплекса начались спустя 7 лет, что повлекло за собой изменение проекта московского архитектора Быховского К.М. . В 1899 г. в ведение правления университета были переданы сооруженные корпуса хирургической, кожных и венерических болезней, детских болезней, акушерско-гинекологической и глазной клиник и началось перемещение в новые здания. Открытие и освящение нового больничного комплекса состоялось в 1900 г., благодаря чему появились большие возможности для научных исследований и организации качественного преподавания. Дальнейшим развитием Госпитальной слободы послужила постройка на деньги меценатов, студенческого общежития, часть помещений которого, впоследствии, стала базой для развития целого ряда теоретических кафедр. Комплекс «старых» университетских клиник и в настоящее время привлекает внимание теплотой колорита и неординарностью архитектурных решений служа напоминанием начинающим медикам о богатой истории Казанской медицинской школы.

## **ЖИЗНЕННЫЙ И НАУЧНЫЙ ПУТЬ ПРОФЕССОРА Ю. В. МАКАРОВА (К 120-ЛЕТИЮ СО ДНЯ РОЖДЕНИЯ)**

**Леухин Р.В., Рагимова А.А.**

**Казанский государственный медицинский университет  
Научный руководитель – д.м.н., доц. Вахитов Х.М.**

Одним из основоположников современной Казанской педиатрической школы является профессор Ю.В. Макаров. Юрий Васильевич родился 29 августа 1894 г. в Казани в семье служащего, после окончания гимназии в 1914 г., поступает в Казанский Императорский Университет на медицинский факультет. Начало профессионального пути совпало с переломными событиями Российской истории: ему довелось начать свою трудовую деятельность с работы зауряд-врачом конной армии Буденного, ликвидировать холеру и сыпной тиф. Профессором Е.М. Лепским были отмечены незаурядные способности молодого врача и его пригласили на должность ординатора детской клиники Казанского ГИДУВа. Так начался долгий научный путь Юрия Васильевича от ассистента до доцента, профессора и заведующего кафедрой педиатрии. Яркой страницей в его жизни стала случайная встреча с подающим большие надежды ординатором кафедры пропедевтики детских болезней Гермой Адольфовной Хаин. Молодая семья прошла через серьезные жизненные испытания: переезды, работу в военном госпитале, защиту кандидатской и докторской диссертаций. Оба супруга стали прекрасными клиницистами и удачно сочетали талант врачей с педагогической деятельностью, что позволило им в послевоенные годы, возглавив ведущие педиатрические кафедры, продолжить развитие научной школы КГМИ. Семья Макаровых внесла большой вклад в изучение таких актуальных для своего времени проблем, как нарушения развития опорно-двигательного аппарата, морфологические изменения почек и мочевыводящих путей при различных воспалительных заболеваниях, эндокринная патология и рахит. Итогом их научно-педагогической деятельности стали научные направления, поддержанные большим количеством работ их учеников.

## **ИСТОРИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ САНИТАРНОЙ АВИАЦИИ ПРИ ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЯХ**

**Сафиуллин М.Р.**

**Казанский государственный медицинский университет  
Научный руководитель – к.м.н., доц. Динмухаметов А.Г.**

Цель: Определение значимости авиации в оказании помощи населению.

Методы исследования: Изучение литературы, просмотр видеоматериалов.

Полученные результаты:

История возникновения санитарной авиации возникла в период после Первой мировой войны. Уже в 1930-е годы в СССР проектировались и строились санитарные разновидности самолётов (Ш-2, К-3 и др.), были выработаны основные требования к оснащению воздушного судна и его лётным качествам. Во время Второй мировой войны санитарная авиация получила повсеместное распространение и использовалась многими воюющими сторонами, хотя и в небольших масштабах. Пик развития санитарной авиации пришёлся на вторую половину XX века. В это время широкое распространение получили вертолёты, а значит появилась возможность посадки воздушного судна там, где ранее это не представлялось возможным —

например, на небольшой поляне у дома лесника или на вертолётной площадке по соседству с больничным корпусом. Увеличилась грузоподъёмность самолётов, при этом салон получил герметичность, что позволило брать больше больных на борт и перевозить их с меньшими неудобствами. Преимущества — высокая скорость прибытия на место происшествия и транспортировки больных и пострадавших в стационар. Большинство пострадавших в Чрезвычайных Ситуациях, которые не дожили до прибытия спасателей или скончались в машине Скорой Помощи по дороге в больницу — погибают в результате продолжающегося внутреннего кровотечения. Единственный способ спасти больного — скорейшая доставка в операционную. Санитарная авиация решает эту проблему.

Заключение: Таким образом санитарная авиация является одним из важных способов помощи населению при чрезвычайных ситуациях.

## **А.А. ДИКОВА-ОСНОВАТЕЛЬ ШКОЛЫ ДЕТСКОЙ ХИРУРГИИ В НИЖНЕМ НОВГОРОДЕ**

**Сенина М.С., Каурова Е.П.**

**Нижегородская государственная медицинская академия**

**Научный руководитель – д.м.н., проф. Паршиков В.В., к.м.н, асс. Железнов А.С.**

Антонина Алексеевна Дикова заведовала кафедрой детской хирургии Нижегородского государственного медицинского института им. Кирова в течение 20 лет (с 1962 по 1982 гг.) являясь, по сути, основоположником школы детских хирургов Н.Новгорода и области. С этого времени детские хирурги начали обеспечивать ежедневную экстренную помощь детям города и области. Открылось обучение в аспирантуре и клинической ординатуре. Большое внимание уделялось совершенствованию учебно-методической работы: изготавливались слайды, таблицы, рисунки. Был организован научный студенческий кружок, с 1963г. члены кружка стали ежегодно принимать участие в научных студенческих конференциях по детской хирургии, где выступали с докладами и научными публикациями.

На кафедре впервые в стране был разработан и успешно применен способ щадящего дренирования плевральной полости при стафилококковой деструкции легких, а также способ щадящей остеоперфорации при остром гематогенном остеомиелите у детей, который нашел широкое применение во всех хирургических стационарах страны. В 1974г. была выпущена в свет монография А.А.Диковой и О.Я.Копосова «Остеомиелит у детей», сыгравшая заметную роль в детской хирургии. Решением Минздрава РФ книга была удостоена Диплома 3 степени.

В 1974 г. зав. кафедрой профессору А.А.Диковой было присвоено высокое звание Заслуженного деятеля науки РСФСР. В 1976г. под редакцией А.А.Диковой был издан сборник научных трудов кафедры «Актуальные вопросы неотложной и гнойной хирургии». Ей удавалось прекрасно совмещать должность заведующего кафедрой с должностью проректора по науке (1959-1977 гг.). В 1976 г. по инициативе профессора А.А.Диковой в нашем городе было открыто детское онкологическое отделение.

Профессор была широко эрудированным человеком, увлекалась живописью, сама прекрасно рисовала. Ею собственноручно создан атлас различных пластических операций с красиво оформленными иллюстрациями по ушиванию поврежденных нервов.

Принципы, заложенные А.А. Диковой, основанные на высочайшей требовательности к себе, порядочности в отношениях с пациентами и коллегами, являются основополагающими как для опытных докторов, так и для молодых врачей, которые уже со студенческой скамьи знакомятся с историей кафедры детской хирургии Нижегородской государственной медицинской академии.

## **2014 г. - ЮБИЛЕЙ ДЛЯ КАЗАНСКОГО МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА**

**Соколова Л.В.**

**Казанский государственный медицинский университет**

**Научный руководитель – к.и.н., доц. Фасхутдинова Е.Н.**

2014 г.- юбилейный для Казанского медицинского университета (КГМУ). Ведь 14 мая 1814 г., состоялось первое заседание совета врачебного отделения Императорского Казанского университета.

Во время войны 1812года очень важна была подготовка квалифицированных врачей-специалистов. Поэтому открытие медицинский факультет Казанского университета сделало большой шаг к победе. Именно это подчеркивают архивные данные из музея КГМУ. В них говорится, что становление первого провинциального российского медицинского вуза происходило крайне трудно из-за отсутствия средств, кадров, неподготовленности общества. Потребовалось целых десять лет для полного открытия Казанского университета с подразделением преподавания по факультетам. Несмотря на крайне неблагоприятные условия в период становления и первоначального развития медицинский факультет Казанского университета сформировался как новый учебный и научный центр российской медицины.

Однако первая лекция по медицине студентам университета была прочитана более 200 лет назад . профессором анатомии И. И. Каменским. В 1811 г. студентам начал читаться полный курс медицинских наук.

В 1815 г. состоялся первый врачебный выпуск — трем студентам Казанского университета были выданы аттестаты кандидата медицины. Так, два столетия назад произошло рождение одной из знаменитейших отечественных медицинских школ — казанской.

Медицинский факультет Казанского университета пережил все потрясения двух революций — Февральской и Октябрьской, Гражданскую войну, голод и разруху, и сохранил значение одного из главных научных и учебных центров нашей страны.

В результате исследования было выявлено много интересных фактов. Например: он подготовил множество специалистов, которые по праву считаются лучшими врачами.

Очень многое сделал казанский институт во время войны 1812 года. У военных врачей во времена наполеоновских войн было две основных обязанности: поддерживать здоровье солдат в походах и лечить раненых, заболевших.

Учебное заведение предъявляло высокие требования к обучающимся, в традиции русской медицины сложился принцип: врач должен обладать знаниями и навыками медика и хирурга. Например, инструкция для генерал-штаб-докторов обращала внимание на то, что нежелательно принимать на службу врача "не знающего полевых болезней"

**ВАСИЛИЙ ВАСИЛЬЕВИЧ ЧИРКОВСКИЙ - ВЫДАЮЩИЙСЯ УЧЕНЫЙ-ОФТАЛЬМОЛОГ И ОРГАНИЗАТОР  
(К 140-ЛЕТИЮ СО ДНЯ РОЖДЕНИЯ)**

**Стегунова Н. А., Сунгурова Н. А.**  
**Казанский государственный медицинский университет**  
**Научный руководитель – к.м.н., доц. Нагуманова А. М., к.м.н., асс. Хамитова Г.Х.**

Одним из выдающихся личностей кафедры офтальмологии является профессор В.В. Чирковский. Он родился 19 декабря 1874 г. в с. Натальино Самарской губернии в семье священника. В 1899 г. с отличием закончил медицинский факультет Казанского Императорского университета со степенью лекаря. 3 мая 1904 г. с блеском защитил докторскую диссертацию на тему «К вопросу об иннервации движений зрачка».

С 1907-1908 В.В. Чирковский стажировался в зарубежных клиниках Австрии, Франции, в Германии обучался у знаменитого немецкого офтальмолога Т. Аксенфельда, занимавшегося, в числе прочих, вопросами трахомы. В январе 1909 г. становится приват-доцентом и старшим ассистентом глазной клиники Казанского университета, в 1918 г. избирается профессором.

В том же году с частью преподавателей и сотрудников эвакуирован в Томск и прикомандирован к Томскому университету.

В январе 1920 г. профессор В.В. Чирковский переезжает в Иркутск, где становится секретарем медицинского факультета Иркутского госуниверситета и организатором глазного отделения военного госпиталя при санитарном управлении 5-й Советской Армии.

В 1920 г. переезжает в Пермь, где организует и возглавляет кафедру глазных болезней в ПГУ.

В 1922 году профессор В.В. Чирковский возвращается в Казань на должность заведующего кафедрой глазных болезней Казанского университета, также назначается директором первого в мире Трахоматозного НИИ, преобразованного в последующем в ныне действующую Республиканскую клиническую офтальмологическую больницу. В период работы в казанской клинике Чирковский собрал и обобщил в монографии «Трахомы», обширный материал по трахоме, за что был награжден Сталинской премией (1948) и удостоен звания лауреата Государственной премии СССР (1952).

В 1923–1925 гг. В.В. Чирковский – ректор Казанского университета.

С 1929-1952 гг. заведует кафедрой глазных болезней 1-го Ленинградского медицинского института, проректор по учебной части; одновременно руководил Ленинградским НИИ глазных болезней. Академик АМН СССР (1946).

Умер В.В. Чирковский 2 марта 1956 г. в г. Ленинграде.

**ДОСТОЯНИЕ КАЗАНИ: ВЫДАЮЩИЙСЯ ХИРУРГ А.В. ВИШНЕВСКИЙ**

**Фаткулина Д. А.**  
**Казанский национальный исследовательский технологический университет**  
**Научный руководитель – к.и.н., доц. Морозов А. В., ведущий библиотечарь Научной библиотеки КГМУ**  
**Фаткулина Г. З.**

В юго-восточной части Казани, от района, когда-то бывшим зоной отдыха и называвшимся «Русской Швейцарией», а ныне известным как Центральный Парк культуры и отдыха им. Горького, ведет свое начало улица, носящая имя классика российской хирургии, академика АМН СССР Александра Васильевича ВИШНЕВСКОГО.

Родился Вишневский в 1874 г. далеко от Казани: в ауле Чири-Юрт на территории современного Дагестана. В 1894 году он поступил на медицинский факультет Казанского университета. Почти сразу же он ставит перед собой цель - постижение одного из древнейших врачебных направлений - хирургии. В 1899 г. университет окончен, специальность выбрана.

Вишневский начинает работать в лаборатории выдающегося казанского физиолога Н. А. Миславского, где выполняет докторскую диссертацию «О периферической иннервации прямой кишки», которую защищает в 1903 г. Это экспериментальное исследование имеется в фонде Научной библиотеки КГМУ.

Все последующие годы жизнь и деятельность А. В. Вишневского были связаны с развитием Казанской хирургической школы. А в 1932 г. выходит практическое руководство А. В. Вишневского «Местное обезболивание по методу ползучего инфильтрата». Этот научный труд также хранится в фонде Научной библиотеки КГМУ.

Обезболивание по Вишневскому стало одним из ведущих в операционной деятельности российских хирургов и принесло его автору награду с разработкой новокаиновых блокад и балезамической мази («мази Вишневского») для лечения воспалительных процессов широкую известность. Благодаря этим методам в годы Великой Отечественной войны были спасены жизни сотен тысяч раненых.

13 ноября 1948 г. А. В. Вишневского не стало. Память о нем осталась не только в сердцах людей, но и в сердце города Казани, с которым он был связан 40 лет. Решением исполкома Казгорсовета улице Академической было присвоено имя А. В. Вишневского. А в 1973 г. на углу ул. Толстого и Булгачева у здания урологической клиники, носящей его имя, по проекту скульптора В. И. Рогожина и архитектора А. А. Спориуса был установлен памятник знаменитому хирургу.

**НАЧАЛЬНЫЕ ЭТАПЫ РАЗВИТИЯ ДЕТСКОЙ ХИРУРГИИ В КАЗАНИ**

**Анисимов А.А.**  
**Казанский государственный медицинский университет**  
**Научные руководители – д.м.н., проф. Ахунзянов А.А., к.м.н., доц. Рашитов Л.Ф.**

Детская хирургия в Казани прошла долгий и тернистый путь. В 1875 г. началось образование кафедры педиатрии на медицинском факультете ИКУ. Возглавил ее Н.А. Толмачев, доктор медицины, блестящий преподаватель, который более 20 лет добивался устройства детской клиники в Казани. Автор 14 работ по детской хирургии, Н.А.Толмачев воистину заслужил имя «буревестника» детской хирургии в Казани.

Толчком к открытию детской клиники стала хирургическая деятельность Н.Н.Феноменова, доктора медицины, зав. кафедрой акушерства и женских болезней (1885-1899). Уникальной для того времени (1888 г.) была лапаротомия у новорожденной девочки с пупочной грыжей.

С разрешения министра просвещения России и благодаря усилиям Н.А.Толмачева и хирурга В.И.Разумовского в медицинском факультете был выделен курс детских хирургических болезней, базой которого стала факультетская хирургическая клиника. Научная и хирургическая деятельность, а также богатый заграничный опыт профессора В.И.Разумовского, приват-доцента В.Л.Боголюбова и ассистента В.Л.Бормана позволяли учить студентов передовым методам оперативного лечения детей с хирургическими болезнями.

В 1937г ассистентом курса хирургических болезней у детей был избран И.Ф.Харитонов. В отделении детской хирургии он объединил все известные в то время хирургические специальности: абдоминальная хирургия, хирургия пороков развития, ортопедия, урология, онкология, гнойная хирургия и др.

С доцента П.Н.Булатова, зав. курсом детской хирургии КГМИ 1961-1967, начался новый этап в истории кафедры. В 1963г курс и отделение детской хирургии переехали на новую базу в 6 городской больнице Казани. В 1964г курс и клиника хирургии детского возраста КГМИ стала базой межреспубликанского центра для 5 автономных республик Поволжья. Руководитель центра - доцент Н.П.Булатов, а первый главный детский хирург МЗ ТАССР - доцент Н.А.Мифтахов.

Огромный вклад в современный этап развития кафедры и детской хирургической службы РТ внесли профессора М.Р.Рокицкий и А.А.Ахунзянов.

## **210-ЛЕТНЯЯ ИСТОРИЯ ПРЕПОДАВАНИЯ СУДЕБНОЙ МЕДИЦИНЫ В КАЗАНИ**

**Мазитова К. Н.**

**Казанский государственный медицинский университет  
Научный руководитель – д.м.н., проф. Спиридонов В. А.**

Преподавание на кафедре «Анатомии, физиологии и судебной врачебной науки» Императорского Казанского Университета началось в октябре месяце 1806 года. В первые 30 лет преподавание судебной медицины проводилось профессорами анатомии, общей патологии, ветеринарной медицины, терапии и других специальностей. Официальной датой основания кафедры считается 1835, когда была создана кафедра судебной медицины новым уставом, включавшая преподавание ряда дисциплин - судебной медицины, медицинской полиции и гигиены. 1839 год - кафедру возглавил выпускник Берлинского университета профессор Блосфельд Георгий Иоакимович.

1869 - 1895 кафедрой заведовал профессор Гвоздев Иван Михайлович, выпускник Московского Университета, работавший у виднейших специалистов Европы в Университетах Марбурга, Берлина и Лондона. За время его работы был сформирован штат кафедры, создан музей кафедры, организована фотолаборатория и строительство уникальной секционной, действовавшей до 1985 года. И.М. Гвоздевым написано пособие «Первичный наружный осмотр мертвого тела известной личности».

В период 1903 – 1923 годов заведующим кафедрой являлся профессор Неболюбов Василий Петрович, докторская «Задущение рвотными массами как причина скоропостижной смерти».

На протяжении почти 30 лет (1923-1952) кафедру возглавлял профессор Гусев Андрей Дмитриевич. В период заведования кафедрой А.Д. Гусев с 1926 года исполнял обязанности Республиканского судебно-медицинского эксперта Наркомздрава ТАССР, организовал су-дебно-медицинскую амбулаторию, судебно-химическую и судебно-биологическую лаборатории, являлся автором более 30 научных работ.

1961 – 1969 заведовал профессор Федоров Михаил Иванович: докторская диссертация «Судебно-медицинское и клиническое значение постасфиксических состояний».

В 1969 – 1971 годах кафедрой заведовал Евгеньев а-Тиш Евгений Маркович, защитивший в 1965 году кандидатскую диссертацию «Установление давности смерти в судебно-медицинской практике».

В период с 1971 по 1981 год кафедру возглавлял представитель Барнаульской школы судебных медиков профессор Семенов Виталий Семенович.

С 1992 по 2012 года заведовал кафедрой профессор Харин Георгий Михайлович.

С 2012 года заведующим кафедрой является Заслуженный врач РТ, Доктор медицинских наук, профессор Спиридонов Валерий Александрович.

## **ПРОФЕССОР ГАРАЕВ Р.С. – ВЧЕРА, СЕГОДНЯ, ЗАВТРА**

**Галаутдинова Д.И., Кашипова Л.Р.**

**Казанский государственный медицинский университет  
Научный руководитель – к.м.н., ст. преп. Исмагилов В.Ш.**

Гараев Рамил Суфияхметович – заведующий кафедрой фармакологии Казанского государственного медицинского университета, доктор медицинских наук, профессор, академик АН РТ, лауреат Государственной премии РТ в области науки и техники.

Р.С. Гараев родился в д. Таймурзино Актанышского района РТ. В 1961 г. поступил на лечебный факультет Казанского медицинского института. Прошел аспирантуру на кафедре фармакологии, в 1970 г. защитил кандидатскую диссертацию «Биологическая активность производных оксафосфолена и продуктов их превращений» и стал ассистентом кафедры. В 1975 г. – декан фармацевтического факультета, с 1989 г. – заведующий кафедрой фармакологии. В 1990 г. защитил докторскую диссертацию «Взаимоотношение малотоксичных фосфорорганических соединений с антихолинэстеразными средствами», с 1992 г. – профессор.

Основные научные труды – в области фармакологии фосфорорганических соединений (ФОС). Раскрыл механизмы взаимодействия антихолинэстеразных и неантихолинэстеразных ФОС, из них выбрал наиболее перспективные, на основе которых был создан лекарственный препарат димефосфон. За его создание авторам в 1994 г. присуждена Государственная премия РТ в области науки и техники.

В 1998 г. избран членом-корреспондентом Академии наук РТ.

Ученый является лидером казанской школы фармакологов. Результат его работы – создание лекарственных средств: димефосфон, глицифон, тетрамедин, таспир. Под его руководством проводится апробация нового средства – эфорана, изучаются фосфорорганические соединения с ноотропным и антидепрессивным свойствами.

Рамил Суфияхметович – автор более 200 научных публикаций, 5 патентов, руководитель 7 докторских и 16 кандидатских диссертаций. При его участии выпущены сборники «Фармакология и токсикология фосфорорганических соединений и других биологически активных веществ», «Федеральное руководство для врачей по использованию лекарственных средств», пособия по фармакологии для студентов.

Р.С. Гараев – председатель казанского отделения Всероссийского научного общества фармакологов, член правления Российского научного общества фармакологов.

## **ВЕЛИКИЙ УЧЁНЫЙ С.С. ЗИМНИЦКИЙ – ПАТРИОТ, ПОЭТ, МУЗЫКАНТ**

**Хабибулина А.Р.**

**Казанский государственный медицинский университет  
Научный руководитель – к.м.н., доц. Бомбина Л.К.**

Зимницкий Семен Семенович (1873 – 1927) – профессор, заведующий кафедрой частной патологии и терапии (1906 – 1926), заведующий кафедрой пропедевтики внутренних болезней (1926 – 1927). Это был удивительный, разносторонний человек, его интересы включали не только естественные науки, но и сферу искусств. По воспоминаниям Л. Якобсона - «поэт, писатель, певец и музыкант – целое сокровище талантов вмещал он в себе... В молодости, будучи студентом, он, пользуясь своим хорошим голосом, чтобы иметь возможность учиться, даже выступал на оперной сцене».

В первые годы обучения в Военно-медицинской академии по материальной необходимости С.С. Зимницкий был вынужден зарабатывать на жизнь игрой в оркестре, выступлениями на оперной сцене, уроками.

С самого начала своей общественной деятельности Семен Семенович проявил полную самостоятельность и открытость своих мыслей. Он имел силы не примыкать к каким-либо радикальным партиям и всегда имел свою рациональную точку зрения по любому вопросу и, впоследствии, его голос приобрел немаловажное значение в Ученом Совете.

С.С. Зимницкий обладал неиссякаемой энергией, недюжинной эрудицией, был отзывчив к вопросам своих слушателей, вкладывал в их сознание не только научные знания, но и аналитическое мышление, что давало возможность студентам иметь здоровую самостоятельную критику по всем дисциплинам; всегда отличался отзывчивостью, любил студентов и помогал нуждающимся материально, поддерживал студенческую инициативу.

Семен Семенович был истинным патриотом, неоднократно выступал за развитие и введение в массы отечественных достижений и образа мыслей, обогащения отечественной медицины, а не слепое поклонение зарубежным идеалам. Профессор пишет: «Как-то до болезненности хочется, чтобы наша любимая наука выросла и получила бы такую определенную и мощную величину и силу, как русская живопись, музыка и т. д. Игнорирование великих малых строителей русской медицинской науки есть выражение неуважения к ней, а чрезмерное преклонение перед иностранным есть неуважение к своим труженикам на медицинской ниве...»

## **СТРАНИЦА В ИСТОРИИ: А.Н. КАЗЕМ-БЕК**

**Бухарова Е.Я.**

**Казанский государственный медицинский университет  
Научный руководитель – к.м.н., асс. Кириллова Э.Р.**

«Талантливый человек талантлив во всем» - это утверждение можно справедливо отнести к А.Н. Казем-Беку. Многогранная личность, он обладал редким даром для врача – при высоких умственных способностях и достижениях в науке он всегда оставался простым, благородным, отзывчивым, добрым, порядочным Человеком-Врачом.

Родился в семье преподавателя тюрко-татарского и персидского языков Николая Касимовича Казем-Бека.

После окончания гимназии, А.Н. Казем-Бек, в 1878 г. поступил на медицинский факультет Казанского Университета, где проявил себя уже как начинающий учёный. Об этом говорят такие работы как «О действии атропина на животный организм как антагониста морфия» и «Иннервация сердца костистых рыб» — за которые он получил награду.

Большой вклад профессор внес в науку внутренних болезней. Прежде всего он известен как кардиолог. В 1896 г. Казем-Бек поставил прижизненный диагноз аневризмы левого желудочка и впервые приметил при ней характерный признак – несоответствие между сильным и поднимающим «соответствующее межреберье» верхушечным толчком и малым ослабленным пульсом на лучевой артерии (симптом Казем-Бека). Внёс вклад в изучение клапанного происхождения первого тона сердца. Первым из ведущих клиницистов России оценил перспективы применения электрокардиографического метода во врачебной практике.

Также А.Н. Казем-Бек уделял много времени в развитие лечения инфекционных заболеваний – ввел препарат метиленовую синьку против малярии, изучал действие антидифтерийной сыворотки.

Научные работы А.Н. Казем-Бека посвящены многим клиническим вопросам – диагностика врожденных и приобретенных пороков сердца, раку легких, лечению строфантоном недостаточности сердца, микседме, лечению эритемы, мигрени, подагры, брюшной водянки, действию антидифтерийной сыворотки.

9 июля 1919 г. он умер от сыпного тифа на руках у своего сына В.А. Казем-Бека, который продолжил врачебную династию.

Бесспорно, каждый видит профессию врача с определённой точки зрения. Но, переворачивая страницу в истории о жизни талантливого учёного, посвятившего всю свою жизнь бескорыстной помощи другим людям, можно с уверенностью сказать: А.Н. Казем-Бек – врач по Призванию.

## **СТОМАТОЛОГИЯ 100 ЛЕТ НАЗАД**

**Карымова А.Г., Ахметов Н.Р.**

**Казанский государственный медицинский университет  
Научный руководитель – к.м.н., доц. Сафиуллина А.М.**

Стоматология 100 лет назад.

К основным тенденциям развития стоматологии в 20 в. можно считать:

- возникновение и развитие специализированных направлений стоматологии;
- бурное развитие стоматологической техники и технологий, создание специальных высокотехнологичных оборудования, материалов и инструментов, выход практической стоматологии на очень высокий уровень.

В первой половине XIX века хирургия начала развиваться, как самостоятельная специальность, как полноправная ветвь научной медицины; в рамках хирургии стало формироваться особое направление - челюстно-лицевая хирургия, изучающая врожденные пороки развития и способы хирургических операций.

Эпоха стоматологической анестезии началась в начале XIX века. Возникновению инъекционного обезболивания предшествовал период изобретения технических средств. Появление дентальных шприцов, а затем и появление картриджной системы и применение анестетиков.

В начале 20 века стало возможным внедрение электрических бормаšin в стоматологическую практику. Появились первые специальные воздушно-водяные разбрызгиватели. Появившиеся в 1957 г. в практике бормашины с турбинными

наконечниками, впоследствии укомплектованные встроенными системами охлаждения и локального освещения места операции, привели к постепенному отказу от высокоскоростных бормашин.

В зубопротезировании второй половины XIX века особое значение приобретают принципиально важные научные выводы, связанные с комплексным подходом к заболеванию зубов, как к отражению общего состояния организма. Прорывом в области протезирования зубов стало применение имплантатов. Все существующие на сегодняшний день модели являются модификациями разборной конструкции винтового имплантата, состоящего из внутрикостной части и прикручиваемой к ней опорной головки, предложенной Бранемарком еще в 1965 г.

В настоящее время стоматология является областью клинической медицины, изучающей этиологию и патогенез болезней и повреждения зубов, челюстей и других органов полости рта и челюстно-лицевой области, разрабатывающей методы их диагностики, лечения и профилактики. Сегодня стоматология - это высокотехнологичная отрасль медицины. Ежегодно появляются аппараты и методики с новыми возможностями и расширенными показаниями, позволяющие делать то, что еще 100 лет назад казалось чудом.

#### **ВКЛАД Е.М. ЛЕПСКОГО В ФОРМИРОВАНИЕ СИСТЕМЫ ОХРАНЫ МАТЕРИНСТВА И ДЕТСТВА В КАЗАНИ**

**Усова Н. Э., Мухаметзянов И. Р.**  
**Казанский государственный медицинский университет**  
**Научный руководитель – к.м.н., асс. Сулейманова З.Я.**

На рубеже XX столетия Казанская губерния была одним из отсталых районов Российской империи. На фоне слабого экономического развития, низкого уровня жизни, антисанитарии на рабочих местах и в быту, а так же полного отсутствия медицинской помощи смертность в губернии была выше рождаемости. Особенно была высока в дореволюционные годы детская смертность. В этот период российские данные превышали соответствующие показатели в развитых странах в 1,5-3 раза. В 1901 году показатель младенческой смертности в России был - 298,8‰, в то время как в Норвегии - 93‰. В предреволюционные годы Е.М. Лепский стоял у истоков организации охраны здоровья детей в Казани. Он в качестве секретаря входил в состав Казанского «Общества борьбы с детской смертностью». За время функционирования обществом были организованы детские консультации при родильных приютах для матерей, детские площадки, молочные кухни, читались лекции по уходу за детьми, их вскармливанию и предупреждению различных заболеваний. По инициативе Е. М. Лепского было создано первое в Казани детское оздоровительное учреждение для «слабогрудных» школьников. Вскоре после революции 1917 года Ефим Моисеевич организовал Дом младенца, который соответствовал всем медицинским требованиям, предъявляемым к таким учреждениям. С 1919 года Е.М. Лепский, заведующий Домом малютки и консультирующий врач-педиатр, стал заведовать подотделом Охраны материнства и младенчества Губздравы. В 1920 году под руководством Е. М. Лепского была открыта детская больница, которая вошла в состав клинического института, а позднее была переименована в Государственный институт для усовершенствования врачей имени В. И. Ленина. В декабре 1932 г. на лечебном факультете Казанского медицинского института выделяется группа из 25 студентов в так называемое «отделение охраны материнства и младенчества», которое в 1933 г. переименовывается в педиатрический факультет. Первым деканом и по существу основателем факультета стал Е.М. Лепский. Благодаря преданности своему делу, неустанному и самоотверженному труду Ефима Моисеевича Лепского, в Казани сформировалась прочная система детского здравоохранения, которая позволила снизить детскую смертность, улучшить качество жизни населения и создать педиатрическую школу.

#### **ИСТОРИЯ КАФЕДРЫ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОЙ ХИМИИ С КУРСАМИ АНАЛИТИЧЕСКОЙ И ТОКСИКОЛОГИЧЕСКОЙ ХИМИИ**

**Канзафарова А.Н., Ефремова А.И.**  
**Казанский государственный медицинский университет**  
**Научные руководители – к.фарм.н., доц. Мустафин Р.И., асс. Гарипова В.Р.**

Кафедра фармацевтической химии с курсами аналитической и токсикологической химии основана в 1977 году как кафедра фармацевтической и токсикологической химии фармацевтического факультета. Настоящее название получила в 1998 году после присоединения курса аналитической химии.

Первоначально она размещалась во II учебном корпусе КГМИ на улице Толстого, а в сентябре 2007 года переехала в новый фармацевтический корпус.

Основателями кафедры были к.фарм.н., доцент Литвиненко А.В., к.х.н., доцент Щукин В.А., ст. преп. Жигалко Л.А., ст. преп. Салахова Р.М., которые оказались у истоков не только педагогической, но и научно-исследовательской работы.

С самого начала основания и до 1995 года коллективом кафедры руководил доцент и первый декан фармацевтического факультета Литвиненко Анатолий Владимирович, который имел три авторских свидетельства, 2 патента на изобретение, более 20 научных работ, направленные на исследование фармацевтического анализа лекарственных веществ.

С 1986 года деканом фармацевтического факультета был назначен к.х.н., доцент, заслуженный работник высшей школы РФ - Щукин Валентин Александрович, который возглавлял курс аналитической химии с момента ее основания.

С 2008/09 учебного года курсом аналитической химии руководит д. фарм. н. (защита 2013 г.), доцент Абдуллина С.Г. Под ее руководством ведется работа по применению кулонометрического титрования в анализе лекарственных препаратов, направленная на расширение использования эффективных аналитических методик на фармацевтических предприятиях.

С 1995 года кафедру фармацевтической химии с курсами токсикологической и аналитической химии возглавила к.фарм.н., доцент Сидуллина С.А., выпускница фарм. факультета КГМИ 1984 года.

В течение долгих лет на кафедре работала к.х.н., доцент Саматова Н.А., которая была удостоена звания победителя в номинации "Лучший преподаватель КГМУ 2008 года".

С 2003 года и по настоящее время кафедрой заведует декан фармацевтического факультета, "Лучший преподаватель КГМУ 1999 года" к.фарм.н., доцент Мустафин Руслан Ибрагимович.

Им впервые в мире проведены исследования по получению и систематическому исследованию новых полимерных комплексов. Результаты опубликованы в ведущих международных журналах. Ему было присвоено звание лауреата национальной премии "Призвание" в 2009 году.

## **ИСТОРИЯ И СОВРЕМЕННОСТЬ КАФЕДРЫ ДЕТСКИХ ИНФЕКЦИЙ КГМУ**

**Гилязова Д.М.**

**Казанский государственный медицинский университет  
Научный руководитель – к.м.н., асс. Назарова О. А.**

Открытие Инфекционной больницы для детей в г.Казани в 1899 году стало началом преподавания детских инфекционных болезней в Казанском университете. С 1918 года под руководством главного врача больницы А.Ф.Агафонова, работавшего одновременно ассистентом клиники детских болезней медицинского факультета Казанского университета, преподавание стало систематическим. С момента создания педиатрического факультета КГМУ кафедра получила свое окончательное оформление. Первым ее организатором стал профессор Агафонов А.Ф. (1932-46 гг.), одновременно заведовавший и кафедрой инфекционных болезней ГИДУВа. Этот удачный симбиоз поддерживался тем, что выпускники становились преподавателями кафедры, получали колоссальный опыт работы с разнообразной инфекционной патологией на базе сразу двух институтов. Научный интерес А.Ф.Агафонова был посвящен изучению дифтерии, скарлатины, кори, сыпного и брюшного тифов. Под его руководством было подготовлено 3 доктора и 6 кандидатов наук.

В 1946-1954 г. кафедрой заведовал Е.Н.Ковалев, работавший над проблемой сывороточной болезни. На смену ему пришла Н.П.Кудрявцева с 1955 по 1980 г. Результатом комплексной работы тех лет стала ликвидация дифтерии как массового заболевания к 1963 г. С 1980 по 1986 г заведовал кафедрой А.Д.Цареголовцев. С его именем связана организация реанимационного отделения. С 1986 по 1987 гг. кафедрой заведовала С.Х.Хабибуллина. С августа 1987 г по настоящее время кафедрой заведует В.А.Анохин. Под его руководством научные и клинические исследования были расширены в сферу проблем ВИЧ-инфекции, бактериальных кишечных инфекций, дисбактериоза, дифтерии, вирусных гепатитов у детей. С помощью сотрудников кафедры были ликвидированы все вспышки и эпидемии инфекционных заболеваний у детей в городе и республике в течение последних 70 лет.

Практически во всех инфекционных больницах и поликлиниках республики работают выпускники кафедры. На сегодняшний день сотрудники кафедры видят своей главной задачей воспитание врачей-инфекционистов, способных оказать квалифицированную помощь всем нуждающимся.

## **КУДА УШЛИ ЛЮДИ С КОЛОКОЛЬЧИКАМИ (ИСТОРИЯ НЕЙРОЛЕПРОЛОГИИ)**

**Дёмин Д.А.**

**Астраханская государственная медицинская академия  
Научный руководитель – д.м.н., проф. Белопасов В.В.**

Лепра (проказа, болезнь Хансена) – хроническая инфекция, существенную часть клинической картины которой составляют поражения кожи, слизистых оболочек полости рта, гортани и периферических нервов. Поражение нервной системы является обязательным признаком, что и оправдывает выделение нейрелепрологии в отдельное направление учения о лепре.

Упоминание об этом заболевании можно найти и в Библии, и в папирусе Эберса и Бругша. Сравнительно полные описания кожных и неврологических проявлений можно встретить в литературе Индии и Китая, относящейся к VIII-V вв. до н.э.

В 1847 г. норвежские ученые D.C. Danielssen и C.W. Boeck обобщают имеющиеся сведения о проказе в труды «От spedalshked» и «Atlas Colorie de spedalshked», которые, по словам Р.Вирхова, закладывают начало биологическому пониманию лепры. Им же удалось показать, что заболевание начинается с кожных поражений и лишь в последующем распространяется на периферический нервный аппарат, в то время как ЦНС остается нетронутой.

Следующей важнейшей вехой в истории лепры является открытие возбудителя этого заболевания, что в 1874 г. сделал другой норвежский ученый – G.A. Hansen. После этого открытия F.E. Hoggan в 1878 г. впервые установил бациллярный характер лепрозных невротий, а K. Dehio и B. Gerlach в 1890 г. доказали центростремительное прогрессирование патологического процесса в пределах периферической нервной системы, ввиду чего назвали эту невротию восходящей. Примерно в это же время с уст Н. Lenoir слетает выражение «неврит гипертрофический», что подчеркивает наличие при проказе такого важного диагностического признака, как утолщение нервных стволов.

Таким образом, к концу XIX в. нейрелепрология не только дает клиническое очертание поражению нервной системы при лепре, но и устанавливает его характер. Тонкости же патологического процесса в XX веке вскрыли в Германии V.Klingmuller, а в нашей стране Н.А. Торсуев, Н.И. Ермакова, Н.И. Федоров, И.Н. Аламдаров, В.В. Белопасов.

В 1943 г. G.H. Faget установил противолепрозную активность препаратов сульфонового ряда, благодаря чему лепра из наводящей ужас инфекции, со временем превратилась в заболевание управляемое. И колокольчики, некогда висевшие на шее прокаженных, своё отзвучали...

## **ИСТОРИЯ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОЙ КАФЕДРЫ С КУРСАМИ АНАЛИТИЧЕСКОЙ И ТОКСИКОЛОГИЧЕСКОЙ ХИМИИ**

**Канзафарова А.Н., Ефремова А.И.**

**Казанский государственный медицинский университет  
Научный руководитель – к.фарм.н., доц. Мустафин Р.И., асс. Гарипова В.Р.**

Кафедра фармацевтической химии с курсами аналитической и токсикологической химии основана в 1977 году как кафедра фармацевтической и токсикологической химии фармацевтического факультета. Настоящее название получила в 1998 году после присоединения курса аналитической химии.

Первоначально она размещалась во II учебном корпусе КГМУ на улице Толстого, а в сентябре 2007 года переехала в новый фармацевтический корпус.

Основателями кафедры были к.фарм.н., доцент Литвиненко А.В., к.х.н., доцент Щукин В.А., ст. преп. Жигалко Л.А., ст. преп. Салахова Р.М., которые оказались у истоков не только педагогической, но и научно-исследовательской работы.

С самого начала основания и до 1995 года коллективом кафедры руководил доцент и первый декан фармацевтического факультета Литвиненко Анатолий Владимирович, который имел три авторских свидетельства, 2 патента на изобретение, более 20 научных работ, направленные на исследование фармацевтического анализа лекарственных веществ.

С 1986 года деканом фармацевтического факультета был назначен к.х.н, доцент, заслуженный работник высшей школы РФ - Щукин Валентин Александрович, который возглавлял курс аналитической химии с момента ее основания.

С 2008/09 учебного года курсом аналитической химии руководит д. фарм. н. (защита 2013г.), доцент Абдуллина С.Г. Под ее руководством ведется работа по применению кулонометрического титрования в анализе лекарственных препаратов, направленная на расширение использования эффективных аналитических методик на фармацевтических предприятиях.



С 1995 года кафедру фармацевтической химии с курсами токсикологической и аналитической химии возглавила к.фарм.н., доцент Сидуллина С.А., выпускница фарм. факультета КГМИ 1984 года.

В течение долгих лет на кафедре работала к.х.н., доцент Саматова Н.А., которая была удостоена звания победителя в номинации "Лучший преподаватель КГМУ 2008 года".

С 2003 года и по настоящее время кафедрой заведует декан фармацевтического факультета, "Лучший преподаватель КГМУ 1999 года" к.фарм.н., доцент Мустафин Руслан Ибрагимович.

Им впервые в мире проведены исследования по получению и систематическому исследованию новых полимерных комплексов. Результаты опубликованы в ведущих международных журналах. Ему было присвоено звание лауреата национальной премии "Призвание" в 2009 году.

## **ИСТОРИЧЕСКИЕ ЭТАПЫ РАЗВИТИЯ ЛЕЧЕНИЯ РАНЕНЫХ В ВОЕННО-ПОЛЕВЫХ УСЛОВИЯХ**

**Якубова А.Ш., Кикеева А.Б.**  
**Казанский государственный медицинский университет**  
**Научный руководитель – д.м.н., проф. Чикаев В.Ф.**

История развития военно-полевой хирургии имеет крайне интересный и сложный путь. Он начинается со времен древнего Вавилона, Индии и Китая, откуда до нас дошли первые сведения о методах хирургического лечения раненых в условиях боевых действий и вне их. Период Древнего Мира и Нашей Эры вплоть до 10-14 века характеризовался ведением боевых действий без применения огнестрельного оружия, он обозначен нами как неогнестрельный период. После 14 века в Европе все большее значение принимает огнестрельное оружие, что характеризует этот период появлением более серьезных ранений и раневых осложнений. Особый вклад в развитие военно-полевой хирургии внесли Пирогов В.И., Ж.Д. Лоррей, В.А. Опель. С течением времени военно-полевая хирургия накапливала знания, позволяющие сократить послеоперационные осложнения и улучшить прогноз для раненых.

Цель исследования: выделить основные исторические этапы развития лечения раненых в военно-полевых условиях. Материалы и методы: нами в ходе исследования были рассмотрены сведения о военно-полевой хирургии в определенные исторические периоды.

Результаты исследования: были выделены следующие этапы развития полевой хирургии согласно методам лечения ранений и организации помощи пострадавшим.

Первый этап: накопление знаний о боевых ранениях без внедрения организации медицинской помощи раненым. Отсутствие достаточных знаний о лечении и патогенезе боевого раневого процесса («Теория отравления порохом»).

Второй этап: начало развития организации медицинской помощи раненым и введение необходимых методов лечения и профилактики, таких как асептика и органосохраняющие мероприятия (сокращение показаний к ампутациям и введение гипсовых повязок и эфирного наркоза).

Третий этап: разработка и внедрение системы этапного лечения раненых на войне. Этап связан с именем В.А. Опеля, предложившего разделение объема необходимой медицинской помощи при помощи медицинской сортировки. Четвертый этап: характеризуется началом внедрения в практику метода этапного лечения, предложенного В.А. Опелем. Введение в практику и разработка произошли после Октябрьской революции, и получило название этапного лечения с эвакуацией по назначению.

## **К 140-ЛЕТИЮ СО ДНЯ РОЖДЕНИЯ ПРОФЕССОРА СЕМЕНА СЕМЕНОВИЧА ЗИМНИЦКОГО ВКЛАД В НЕФРОЛОГИЮ**

**Назарова М.Д.**  
**Казанский государственный медицинский университет**  
**Научный руководитель - к.м.н., доцент Бомбина Л.К.**

24 декабря 2013 года исполнилось 140 лет со дня рождения С.С. Зимницкого. Профессор Семён Семёнович Зимницкий один из ярчайших представителей Казанской терапевтической школы, блестящий лектор, видный ученый.

Научные интересы профессора разнообразны. Большой вклад он внес в кардиологию, пульмонологию, гастроэнтерологию. Самый большой вклад ученый внес в нефрологию.

В 1922 году «Казанский медицинский журнал» публикует статью С.С. Зимницкого «О методике функциональной диагностики почек». В данной статье ученый предлагает свою оригинальную методику исследования функций почек. Проба С.С. Зимницкого наиболее физиологична и применяется в настоящее время во всех медицинских учреждениях. Вскоре выходят работы: «Несколько слов в защиту гломерулы почки», а также «К диагностике мочевых путей с точки зрения функциональной диагностики», в которой он рассматривает механизмы действия мочегонных средств. При изучении нами монографии С.С. Зимницкого: «Болезни почек: Брайтова болезнь: Руководство для врачей и студентов» 1924 года, были выявлены многие впервые затронутые С.С. Зимницким вопросы нефрологии. Особое внимание ученый уделял диете. Им разработана «пробная диета», где С.С. Зимницкий выступает за разумный питьевой режим и говорит о различном характере диуреза в зависимости от количества потребляемой жидкости и наличия почечной патологии. Семён Семёнович пишет о нарушении функции почек при беременности - нефроз беременных. В 1925 году С.С. Зимницкий выпускает статью «Новое в учении о патогенезе отеков». В книге о Брайтовой болезни он подчеркивает влияние нефритов на гипертонию.

С.С. Зимницкий рассматривал болезни почек в совокупности с заболеваниями сердечнососудистой системы. В 1927 году выходит монография по лекциям о сердечных и почечных болезнях. Вклад С.С. Зимницкого в терапевтическую науку огромен. Перу профессора принадлежит более 150 работ, из них 10 монографий. С.С. Зимницкий оставил после себя богатое научное наследие в первую очередь как талантливый нефролог, проба которого до настоящего времени используется повсеместно.

## **К 140-ЛЕТИЮ СО ДНЯ РОЖДЕНИЯ ПРОФЕССОРА СЕМЕНА СЕМЕНОВИЧА ЗИМНИЦКОГО. БИОГРАФИЯ С.С. ЗИМНИЦКОГО**

**Назарова М.Д., Шарипова Р.Р.**  
**Казанский государственный медицинский университет**  
**Научных руководители - к.м.н., доц. Бомбина Л.К., д.м.н., профессор Ослопов В.Н.**

Семён Семёнович Зимницкий родился 24 декабря 1873 года в деревне Хиславичи Мстиславского уезда Могилёвской губернии (ныне Смоленской области).

Талант, проявившийся с детства, позволяет С.С. Зимницкому закончить с отличием гимназию, а затем и Императорскую Военно-медицинскую академию г. Санкт-Петербурга. В 1902 г. талантливый ученый командирован в Европу, где стажировался у виднейших ученых. Публикует научные статьи.

С 1907 г. начинается Казанский период жизни С.С. Зимницкого. В 1907 г. он становится заведующим кафедрой частной патологии и терапии внутренних болезней, а в 1918 году - клиникой госпитальной терапии. В 1920 г. С.С. Зимницкий один из организаторов Казанского института для усовершенствования врачей. В 1924 г. С.С. Зимницкий возглавляет кафедру инфекционных болезней ГИДУВа.

Основные научные направления, по которым работал С.С. Зимницкий это: кардиология, гастроэнтерология, нефрология, пульмонология. Повсеместно известна проба С.С. Зимницкого.

Семен Семенович дважды был женат - в первом браке с О.Ф. Ершовой были дети - Владимир и Симеон. Второй брак с З.А. Николаевой.

При изучении архивов музея истории КГМУ нами был дан запрос в Уральский Государственный Медицинский Университет. Впервые была изучена судьба сына Семёна Семёновича-Владимира. В 1926 году Владимир Семенович оканчивает Казанский медицинский институт. Он работает под руководством профессора-гистолога А.Н. Миславского до 1930 г. В 1932 г. переезжает в Свердловск, где основывает и возглавляет кафедру патофизиологии СГМИ. Получает звание профессора в 1935 г.

Бурная научная и общественная деятельность сказались на здоровье С.С. Зимницкого. 10 декабря 1927 г. С.С. Зимницкий скончался. Перед смертью ученый страдает от стенокардии напряжения. Современникам С.С. Зимницкий запомнился как мягкий, добрый человек, ратующий за отечественных ученых, глубоко неравнодушный к проблемам, материальному положению и нуждам студентов, среднего и младшего медперсонала, а также проявляющий сочувствие и понимание к обычным крестьянам.

## **В.И. РАЗУМОВСКИЙ – ГЕНИАЛЬНЫЙ ТЕОРЕТИК И ПРАКТИК ОТЕЧЕСТВЕННОЙ МЕДИЦИНЫ**

**Крюкова К.К.**

**Саратовский государственный медицинский университет  
Научный руководитель – Спиваковская А.Ю.**

Один из старейших медицинских университетов страны, Саратовский государственный медицинский университет, носит имя Василия Ивановича Разумовского — выдающегося отечественного хирурга и талантливого основателя здравоохранения, видного общественного деятеля и организатора хирургической школы, блестящего клинициста и замечательного педагога, Героя Социалистического Труда, заслуженного деятеля науки РСФСР. Неутомимая деятельность и исключительные личные качества снискали ему всеобщее уважение и признание в широких кругах медицинской общности страны.

С самого начала своего непростого и, вместе тем, поистине выдающегося пути Василий Иванович зарекомендовал себя как очень старательный человек, обладатель незаурядного ума и небывалого кругозора. Так, будучи великолепным хирургом, В.И. интересовался не только вопросами данной медицинской области, поскольку отлично понимал, что лечение всех заболеваний должно быть комплексным, что нужно лечить не болезнь, а больного, используя все средства для восстановления нарушенных функций организма. Разумовский – великий русский хирург широкого профиля хорошо известен и на западе, где признание получили его непревзойденный профессионализм и особый вклад в развитие нейрохирургии, фактически, Василий Иванович является одним из её главных основоположников. Сложно оценить масштаб организаторских способностей Василия Ивановича. Он не только отдал немало труда на благо процветания русской медицинской высшей школы, но и приложил много сил, знаний и опыта к развитию курортного дела на Кавказских Минеральных Водах.

Интересно и знаменитое увлечение Василия Ивановича историей медицины. Из исторических статей следует особо отметить “Хирургические воспоминания”, являющиеся прекрасным материалом для истории хирургии. В.И. Разумовский с огромным уважением относился к корифею отечественной хирургии Николаю Ивановичу Пирогову и 7 работ посвятил его жизни, научной и общественной деятельности.

Имя этого замечательного хирурга, ученого и педагога занесено в золотой фонд отечественной хирургии. На 9-м Пироговском съезде врачей в 1901 г. В.И. Разумовский говорил о медицине и хирургии: “Здесь мы имеем несомненно служение человечеству, служение истине и добру — этим великим идеалам, которые являлись и всегда будут являться путеводной звездой на пути человеческого прогресса”. Жизнь и деятельность профессора В.И. Разумовского была именно этим служением добру, истине и человечеству.

## **ВКЛАД ОКСМАНА И.М. В СТАНОВЛЕНИИ КАЗАНСКОЙ ШКОЛЫ ОРТОПЕДИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ**

**Гильманова Г.С.**

**Казанский государственный медицинский университет  
Научный руководитель – асс. Сагитов И.И.**

На основании анализа книжной и периодической научной литературы, диссертаций и документов из архива Казанского государственного медицинского университета были выделены основные научные направления Исаака Михайловича Оксмана в развитии Казанской школы ортопедической стоматологии.

Оксман И.М. по праву можно считать значимым человеком в истории стоматологии. Научное направление профессора охватывает ряд разделов, из которых основными считаются челюстно – лицевая ортопедия, травматология, зубное протезирование и ортодонтия. Заслуженный деятель Татарстана не просто положил начало многим разделам, но и считается одним из основателей Казанской медицинской школы ортопедической стоматологии. Его врачебная и педагогическая работа отражена в 5 докторских и 29 кандидатских диссертациях, защищенных под его руководством.

На основании изученного исторического материала можно выделить ряд значимых методов, разработанных профессором и сыгравших важную роль в развитии ортопедической стоматологии. К этим разработкам можно отнести: статический метод определения жевательной эффективности, применение капилляроскопии и электротермометрии для диагностики ранних форм пародонтита, а для лечения пародонтита использование шинирующих аппаратов, укрепленных с помощью штампованных полукоронки и экваторных коронок в сочетании с литой балочной шиной; метод изготовления резекционного протеза, а также Оксман И.М. вводит классификацию типов атрофии альвеолярных отростков, рассматривает вопросы нейроморфологии органов и тканей зубочелюстной системы.

Проведенный анализ материалов позволяет еще раз подчеркнуть незаменимый вклад профессора в развитии ортопедической стоматологии. И по сей день, Исаак Михайлович Оксман помнят и чтят в научном обществе.

## **ВЫДАЮЩИЙСЯ КАЗАНСКИЙ И ЛЕНИНГРАДСКИЙ ОФТАЛЬМОЛОГ В.В.ЧИРКОВСКИЙ**

**Семенюк А., Румянцева О.**  
**Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет**  
**Научный руководитель – к.м.н. проф. А.З.Лихтшангоф**

Примером плодотворного взаимодействия казанской и петербургско-ленинградской научных медицинских школ является деятельность выдающегося офтальмолога академика Василия Васильевича Чирковского (1874-1956).

Он окончил медицинский факультет Казанского университета (1899) и был оставлен ординатором глазной клиники, руководимой одним из основоположников отечественной офтальмологии Е.В.Адамяком. В 1904 г. В.В.Чирковский защитил докторскую диссертацию "К вопросу об иннервации движений зрачка", в 1907-1908 гг. совершенствовался у И.И. Мечникова в Институте Пастера, работал в офтальмологических клиниках Австрии и Германии. С 1908 г. В.В.Чирковский вновь работает в глазной клинике Казанского университета. В 1920 г. он организует кафедру глазных болезней Пермского университета. В 1922-1929 гг. возглавляет кафедру офтальмологии в Казани и одновременно является ректором КУ (1923-1925).

С 1929 по 1952 гг. В.В.Чирковский заведует кафедрой офтальмологии I Ленинградского медицинского института и одновременно руководит Ленинградским НИИ глазных болезней им. Л.Л.Гиршмана. Также организатор и заведующий кафедрой офтальмологии Педиатрического института (1935-1938), создал в ЛПМИ одно из первых детских офтальмологических отделений в стране. Заложенные им традиции развивали в ЛПМИ его ученики (Л.А.Дымшиц и др.).

В.В.Чирковский – автор около 200 научных работ, посвященных различным вопросам физиологии органа зрения, патологической анатомии глаза, роли нервно-трофического компонента в генезе глазных болезней, вопросам глаукомы, трахомы. Он впервые в мире организовал (1922) Научно-исследовательский трахоматозный институт им. Е.В.Адамяка. Его монография «Трахома» была удостоена Сталинской премии (1948). В период работы в ЛПМИ основные научные работы В.В. Чирковского были посвящены актуальной в те годы проблеме патологии глаза при врожденном сифилисе у детей раннего возраста.

В.В.Чирковский вел разностороннюю общественную деятельность. Он был членом ЦИК Татарской АССР, председателем Казанского и Ленинградского офтальмологических обществ, членом редакционных коллегий научных журналов, активным участником офтальмологических съездов.

Заслуженный деятель науки РСФСР (1936). Лауреат Государственной премии СССР (1952). Награжден орденом Трудового Красного Знамени, медалями.

## **К ЮБИЛЕЮ А.В. ВИШНЕВСКОГО**

**Захарова О.В.**  
**Казанский государственный медицинский университет**  
**Научный руководитель – к.м.н., асс. Гилязева В.В.**

23 августа 2014 г. доктору медицинских наук, профессору Александру Васильевичу Вишневскому исполняется 140 лет со дня рождения. Он был заслуженным деятелем науки РСФСР (1934), основоположником отечественной научной хирургии, создателем хирургической школы, Лауреатом Государственной премии (1942), действительным членом Академии медицинских наук СССР с 1947 г.

А.В. Вишневский родился в дагестанском ауле Чир-Юрт в семье штабс-капитана. В 1894 г. окончил гимназию в Астрахани, а в 1899 г. – медицинский факультет Императорского Казанского университета, получив диплом лекаря с отличием. В 1903 г. защитил диссертацию «К вопросу о периферической иннервации прямой кишки».

В 1905 командирован за границу, где посещает клиники ведущих хирургов Берлина, Гейдельберга, Цюриха, Парижа. В 1910 совместно с В.Л. Боголюбовым ведет курс общей хирургической патологии и терапии, в апреле 1912 его избирают профессором кафедры хирургической патологии.

В годы гражданской войны Александр Васильевич отдает много сил борьбе с эпидемиями. В 1918-1926 гг. возглавляет областную больницу ТАССР, является членом губернского комитета по борьбе с тифом, по его инициативе на медицинском факультете Казанского университета вводится курс инфекционных болезней. В 1926-1934 гг. заведует факультетской хирургической клиникой, избирается заведующим хирургической клиникой Центрального института усовершенствования врачей, и в 1934 г. переезжает в Москву.

В 1932 г. выходит в свет монография А.В. Вишневского «Местная анестезия по методу ползучего инфильтрата». В годы Великой Отечественной войны благодаря методам Вишневского были спасены сотни тысяч раненых. Александр Васильевич является автором более 100 научных работ по клинической хирургии, нейрохирургии и урологии. Основываясь на представлении о слабом раздражении нервной системы, он с успехом применил для лечения ран и язвенных процессов особую бальзамическую жидкую мазь, получившую название «мазь Вишневского», которая стала распространенным средством лечения ран.

12 ноября 1948 г. А.В. Вишневский оперирует в клинике, затем присутствует на заседании хирургического общества, чувствует себя плохо, но не покидает своего поста. А вечером, 13 ноября 1948 г. Александра Васильевича не стало...

Уход из жизни выдающегося ученого отозвался глубокой печалью в сердцах друзей, учеников, врачей и больных. Его вклад в науку, практическую медицину неоспорим, и в настоящее время созданное А.В. Вишневским направление активно развивается и применяется.

## **ИСТОРИЯ РАЗВИТИЯ КАЗАНСКОЙ ШКОЛЫ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ**

**Шурликова В.В.**  
**Казанский государственный медицинский университет**  
**Научный руководитель – к.м.н., асс. Гилязева В.В.**

Зубоврачевание, как медицинская специальность, возникло на рубеже XVII-XVIII вв. В России до XVII в. оно не контролируется государством. В 1810 г. право на зубоветеринарную практику предоставляется лицам, получившим диплом «зубного лекаря», а в 1838 г. звание «дантист» присуждается после сдачи экзаменов в медицинской академии. И только с 1900 г. официально запрещена подготовка дантистов путем ученичества.

Начало зубоветеринарного образования в Казани связано с именем О.Н. Натансона, воспитанника Казанского университета, который в 1828 г. обратился к казанскому губернатору с прошением об открытии зубоветеринарной школы. В 1908 г. в Казани А.О. Рясенцевым основана вторая зубоветеринарная школа, обучение в которой продолжалось 2,5 года.

Корни высшего стоматологического образования в Казани берут начало от организованной в 1920 г. П.А. Глушковым

кафедры одонтологии с тремя отделениями – хирургическим, терапевтическим и протезным. Первым директором открытого в 1936 г. стоматологического института стал доцент И.М. Утробин, в 1938 г. назначен ассистент кафедры факультетской хирургии медицинского института Г. Ф. Тихонов, приложивший усилия в развертывании профильных стоматологических кафедр. Новый этап – это открытие в 1954 г. стоматологического факультета при Казанском медицинском институте, где кафедру терапевтической стоматологии возглавила доцент З.А. Шишкина.

В 1960-1990 г.г. кафедрой терапевтической стоматологии заведовал профессор Г.Д. Овруцкий. В это время в научном направлении кафедры разрабатываются вопросы иммунологии кариеса зубов и других стоматологических заболеваний, которые получили развитие и были дополнены вопросами диагностики в научных исследованиях под руководством заведующего кафедрой, профессора И.И. Гиниятуллина и его учеников. С 1990 года в научное направление кафедры включается, так необходимый практическому здравоохранению, аспект разработки методов профилактики и лечения основных стоматологических заболеваний, в том числе – протоколов их терапии. В настоящее время это направление продолжает разрабатываться под руководством заведующего кафедрой, доцента Блашковой С.Л.

## **ЖИЗНЬ И НАУЧНАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ ПРОФЕССОРА ИЛЬИ ГЕНРИХОВИЧА ЛУКОМСКОГО**

**Хафизов И.Р.**

**Казанский государственный медицинский университет  
Научный руководитель – к.м.н., асс. Мартянова М.В.**

Лукомский Илья Генрихович (1893-1953) - советский стоматолог, доктор медицинских наук, профессор, заслуженный деятель науки РСФСР.

После окончания медицинского факультета Московского университета был оставлен на кафедре пропедевтической хирургии в качестве ординатора, затем ассистента этой кафедры. С 1926 по 1952 год заведовал кафедрой стоматологии 1-го ММИ.

Его научные труды посвящены вопросам одонтогенных опухолей, туберкулеза полости рта, ротового сепсиса, одонтогенных остеомиелитов, болезней слизистой оболочки полости рта, слюнных желез.

Анализ существовавших теорий кариеса, богатый клинический и экспериментальный опыт были использованы И.Г. Лукомским для создания так называемой «биологической теории кариеса зубов». Развитие кариозного процесса он характеризовал следующим образом: недостаток витаминов, солей кальция, фтора в питьевой воде, недостаток ультрафиолетовых лучей приводят к нарушению минерального и белкового обмена в организме, который влияет на трофику эмали и дентина. Результатом этого является «заболевание» одонтобластов. Изменяются морфологические особенности клеток. В результате развиваются трофические изменения тканей зуба, следствием чего является образование кариозной полости.

Изучая патогенез, дифференциальную диагностику гнойной хирургии челюстно-лицевой области, И.Г. Лукомский пришел к выводу о необходимости разграничивать два основных очага воспаления: периодонтит и остеомиелит. Явления же периодонтита, считал он, не характерны для одного только одонтогенного остеомиелита. Они могут сопутствовать и периодонтиту или же быть самостоятельными, как, например, при травме.

В учебнике «Терапевтическая стоматология» И.Г. Лукомский показал в кратком историческом очерке, каким сложными путями происходило развитие стоматологии и объединение двух ее основных разделов – зубопротезирования и челюстной хирургии.

И.Г. Лукомский был членом Международной зубопротезной академии (США) и почетным членом Французского общества зубных врачей в Париже. Автор более 170 научных работ, автор и соавтор 30 монографий, учебников и руководств. Под его руководством защищены 3 докторские и 19 кандидатских диссертаций. И. Г. Лукомский награжден орденом и медалями Советского Союза.

## **ВКЛАД ШИШКИНОЙ ЗОИ АЛЕКСАНДРОВНЫ В РАЗВИТИИ КАЗАНСКОЙ ШКОЛЫ СТОМАТОЛОГИИ**

**Ахмедова Ю.А.**

**Казанский государственный медицинский университет  
Научный руководитель – к.м.н., асс. Мартянова М.В.**

Важную роль в восстановлении, развитии и становлении кафедры терапевтической стоматологии Казанского стоматологического института сыграла кандидат медицинских наук Зоя Александровна Шишкина.

Зоя Александровна Шишкина родилась 22 апреля в 1921 году в селе Астрадамовка Куйбышевской (ныне Самарской) области. После девяти лет обучения в средней школе она поступила в Казанский ветеринарный институт, где проучилась два года. Затем работала коллেকтором-чертежником в г. Кизеле Уральской области, препаратором патологоанатомического отдела во Всесоюзном институте экспериментальной ветеринарии и зоотехники. Далее поступила в Казанский стоматологический институт и аспирантуру при кафедре терапевтической стоматологии КГМИ и приступила к работе ассистентом этой кафедры. В связи с ликвидацией стоматологического института перешла на работу ассистентом кафедры стоматологии Казанского ГИДУВа.

В 1950 году защитила кандидатскую диссертацию. Начиная с 1956 года, Зоя Александровна избирается заведующим кафедрой терапевтической стоматологии Казанского стоматологического института и занимает эту должность по 1959 год. В этот период кафедра активно изучает проблемы консервативного лечения пульпитов. З.А. Шишкина в сотрудничестве с ассистентами кафедры Т.Т. Школяром, С.И. Вайсом впервые внедрила в практическую стоматологию применение препаратов антибактериальной природы – пенициллин в сочетании с левомицетином. Этот биологический метод лечения воспаленной пульпы авторы опубликовали в статье «Клинико-бактериологические наблюдения при лечении пульпитов антибиотиками». По настоящее время консервативное лечение начального воспаления пульпы считается неинвазивным и прогрессивным методом терапии с сохранением и восстановлением полноценного органа.

За свою научную и практическую деятельность была награждена многочисленными медалями, в том числе «За доблестный труд в Великой Отечественной войне 1941–1945 гг.» В дальнейшем Зоя Александровна вернулась на кафедру стоматологии ГИДУВа в Казани.

По сей день имя Зои Александровны является примером организатора терапевтической стоматологии в Казани.

## **ВКЛАД ПЕТРА АРКАДЬЕВИЧА ГЛУШКОВА В РАЗВИТИЕ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ**

**Мошкова Е.В.**

**Казанский государственный медицинский университет  
Научный руководитель – к.м.н., асс. Мартянова М.В.**

Петр Аркадьевич родился 19 декабря 1880 г. в поселке Мелекесе Самарской губернии. Высшее образование получил на медицинском факультете Казанского государственного университета, который окончил в 1904 году со степенью лекаря с отличием.

С 1908 г. Петр Аркадьевич заинтересовался стоматологией, новой отраслью медицины, не имевшей тогда самостоятельной базы. Было лишь «зубоврачевание», которым занимались в частных кабинетах дантисты, зубные врачи.

В 1911 г. он прослушал курс консервативного зубоврачевания в Санкт-Петербурге у приват-доцента Ф.А. Звержковского (1873—1949). С 1912 г. П.А. Глушков стал читать курс лекций консервативного зубоврачевания во 2-й Казанской зубоврачебной школе.

В апреле 1918 г., после сдачи экзаменов и публичной защиты диссертации на тему «Кожная иннервация тыла стопы», советом медицинского факультета Казанского университета Петр Аркадьевич утвержден в ученой степени доктора медицины, и осенью 1919 г. медицинский факультет поручил ему чтение курса патологии и терапии зубных болезней с клиникой консервативного зубоврачевания.

В октябре 1920 г. П.А. Глушков избирается по конкурсу профессором кафедры одонтологии. При кафедре функционировали три отделения: терапевтическое, хирургическое, протезное. Таким образом, с именем П.А. Глушкова были связаны организация, становление и развитие Казанской школы стоматологов.

В ноябре 1923 г. он принимает участие в работе I Всероссийского одонтологического съезда, на котором обсуждались следующие вопросы: организация стоматологической помощи; кариес как социальная болезнь; профилактика кариеса и гигиена полости рта.

В 1928 г. одонтологическая клиника была переименована в стоматологическую клинику, ее директором назначили П.А. Глушкова. Профессор Глушков заведовал кафедрой одонтологии и стоматологической клиникой, читал курс одонтологии и стоматологии студентам V курса медицинского факультета.

В 1930 г. он переехал в Ленинград, где под руководством академика А.Д. Сперанского продолжал свою научную деятельность в Институте экспериментальной медицины.

Профессор Глушков до последних дней своей жизни неустанно работал, вел прием больных, готовил к печати свои труды. Его перу принадлежит более 20 научных работ.

## **ПАРШИН ВЛАДИМИР НИКОЛАЕВИЧ – СТРОКИ БИОГРАФИИ**

**Копырина К.А.**

**Казанский государственный медицинский университет  
Научный руководитель – д.м.н., проф. Салеев Р.А., к.м.н., доц. Юдина Г.Н.**

В 1910 г., 14 июля, в Казани у Николая Александровича и Антонины Александровны родился сын- Владимир. Через 8 лет умирает мать Владимира, а через пять - отец и, уже в 14-летнем возрасте началась трудовая деятельность заслуженного врача ТАССР, кандидата медицинских наук Владимира Николаевича Паршина.

После смерти отца он поступил в зуботехническую лабораторию Одонтологической клиники Казанского Университета, которой руководил профессор П.А.Глушков. В 1928 г. получил свидетельство зубного техника и был направлен в поселок Юрино на самостоятельную работу. Уже в 1930 г. Марийским здравотделом переведен в Козьмодемьянск для организации зуботехнической лаборатории, работал там до 1931 г., а затем, по призыву газеты «Медработник», был направлен Минздравом Союза в Карелию в Олонецкий район, на Ильинский лесозавод.

В октябре 1933 г. возвращается в Казань, работает одновременно в Центральной зубопротезной амбулатории и в платной поликлинике ГИДУВа. Затем приступает к педагогической деятельности в Казанской зубоврачебной школе, является руководителем практических занятий по зубопротезной технике. В 1938 г. поступает в Казанский стоматологический институт старшим лаборантом.

С 24 июня 1941 В.Н. Паршин как военнообязанный запаса призывается в ряды Советской Армии. Его назначают в эвакугоспиталь в качестве зубного врача-ортопеда, а в октябре 1941 демобилизуют и оставляют в Казанском Стоматологическом институте.

С января 1942 он начал работать и.о. ассистента кафедры ортопедической стоматологии в Казанском Стоматологическом институте, который окончил в 1950 г. После ликвидации института (1950) переведен в систему Горздрава и назначен главным врачом Городской стоматологической поликлиники. В 1954 г. Владимир Николаевич был назначен старшим стоматологом Горздравотдела, избран заместителем председателя научного Республиканского стоматологического общества и председателем ортопедической секции общества.

С 1956 Паршин В.Н. работал ассистентом на кафедре ортопедической стоматологии Казанского государственного ордена Трудового Красного Знамени медицинского института им. С.В.Курашова. В 1965 успешно защитил кандидатскую диссертацию. Владимир Николаевич имел более 30 научных работ. Его заслуги отмечены пятью правительственными наградами, званием Заслуженного врача ТАССР, грамотами и благодарностями.

Владимир Николаевич Паршин умер 15 января 1975 г. Светлая память о нем живет в сердцах тех, кто знал его лично, светлая память о нем хранится в стенах нашего университета. И мы преклоняемся перед заслугами удивительного человека отдавшего всю свою сознательную жизнь служению людям.

## **ДУБИВКО С.А. – ПРЕДСТАВИТЕЛЬ КАЗАНСКОЙ ШКОЛЫ ОРТОДОНТИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ**

**Фасхутдинов Р.И., Билалов И.Р.**

**Казанский государственный медицинский университет  
Научный руководитель – д.м.н., проф. Салеев Г.Т., к.м.н., доц. Юдина Г.Н.**

Одним из представителей кафедры ортопедической стоматологии с 1964 г. являлась Саня Абдрахмановна Дубивко, осуществившей научно-исследовательскую работу в области ортодонтической стоматологии.

Цель данной работы – осветить не только научные достижения, но и общественную деятельность, и моменты из жизни С.А. Дубивко.

Дубивко С.А. родилась в 1928 г. в г. Набережные Челны, откуда в пятилетнем возрасте с семьей уехали в г. Казань. Поступив в стоматологический институт, проучилась 4 года, но из-за расформирования Казанского стоматологического

института в 1950 г, была переведена в Харьковский стоматологический институт. В 1951 г. окончила его и была направлена врачом стоматологом на Дальний Восток.

В 1958 г. профессор И.М.Оксман пригласил С.А.Дубивко на кафедру ортопедической стоматологии КГМИ в ординатуру. После ординатуры поступила в аспирантуру, где и специализировалась по ортодонтии. Под руководством И.М. Оксмана и А.А. Погодиной успешно защитила кандидатскую диссертацию на тему "Клиника и лечение аномалий положения зубов" (1964 г.). С 1963 г. была зачислена на кафедру ортопедической стоматологии ассистентом. В 1976 г. была избрана на должность доцента и получила звание доцента. На кафедре проработала до 1994 г., с потом до 2002 г. работала врачом-ортодонтом в Республиканской стоматологической поликлинике.

Научная работа С.А. Дубивко была посвящена изучению гистологии зубов в норме и при аномалиях зубного ряда, изучению клиники и методов лечения зубочелюстных аномалий у детей и взрослых; изучению частоты распространения врожденных расщелин губы и нёба у детей г. Казани, изучению методов лечения детей с данной патологией, для чего и был разработан и внедрён, совместно со Н.Ф.Скоркиной, метод изготовления obturаторов; выведению отдельных зубов из нёбного положения. С.А. Дубивко создала при кафедре ортопедической стоматологии КГМУ центр по реабилитации больных с расщелинами губы и нёба.

Имеет более 90 научных публикаций, в том числе 6 методических пособий, 7 рационализаторских предложений. Деятельность С.А. Дубивко сыграла решающую роль в становлении и развитии всей Казанской ортодонтической школы.

## **ВКЛАД УЧЕНОГО А.К. ЛИМБЕРГА В РАЗВИТИЕ ОДОНТОЛОГИИ**

**Березин В.А., Исмагилов О.Р.**

**Казанский Государственный медицинский университет**

**Научный руководитель – к.м.н., асс. Старцева Е.Ю., асс. Березин К.А.**

Целью исследования является последовательное изучение деятельности ученого А.К.Лимберга и определение вклада ученого в организации и совершенствовании зубоврачебной помощи.

Материал исследования: биографические данные и литературные источники.

Метод исследования: историографический.

Актуальность: важную роль в сохранении традиций, заложенных научными школами, играет регулярное проведение научных конференций, посвященных памяти выдающихся ученых. Большую роль в развитии и становлении отечественной одонтологической помощи проявил выдающийся ученый России А.К. Лимберг.

Александр Карлович Лимберг (1856-1906) - родился 14 ноября близ местечка Иеве Везенбергского уезда Эстляндской губернии (в Эстонии).

Мировоззрение А.К. Лимберга в студенческие годы формировалось под влиянием многих общественных деятелей: С.П. Боткина, А.П. Бородин, А.П. Доброславина, В.А. Манассеина, В.В. Пашутина и др. ученых, с которыми он общался в период пребывания в медико-хирургической академии С.-Петербурга.

По его инициативе в 1883 году создается «С.-Петербургское общество дантистов и врачей, занимающихся зубоврачеванием». На протяжении 14 лет А.К. Лимберг был секретарем общества, а затем бессменным его председателем. В 1884 году он делает в обществе доклад на тему «Необходимость обязательного высшего образования зубных врачей в России». Доклад прозвучал, как призыв к созданию высших одонтологических учебных заведений (факультетов) в России.

В 1896 году А.К. Лимберг председательствует на первом Всероссийском зубоврачебном съезде в Н. Новгороде который явился важным событием в истории развития отечественной одонтологии. В 1899 году в С.-Петербурге состоялся второй Всероссийский одонтологический съезд. А.К. Лимберг был председателем организационного комитета съезда и председательствовал на нем. Съезд высоко оценил его заслуги в области зубоврачевания. 24 января 1899 года А.К. Лимберга утвердили в звании почетного профессора Клинического института - первого профессора одонтологии в России.

## **РОЛЬ ПРОФЕССОРА П.Г. ДАУГЕ В РАЗВИТИИ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ СТОМАТОЛОГИИ**

**Березин В.А., Исмагилов О.Р.**

**Казанский Государственный медицинский университет**

**Научный руководитель – к.м.н., асс. Старцева Е.Ю., асс. Березин К.А.**

Целью исследования является последовательное изучение деятельности ученого П.Г.Дауге и определение вклада ученого в развитии отечественной стоматологии.

Материал исследования: биографические данные и литературные источники.

Метод исследования: историографический.

ПАВЕЛ ГЕОРГИЕВИЧ ДАУГЕ (1869-1946) - доктор медицинских наук П.Г.Дауге являлся членом Коллегии Наркомздрава РСФСР и руководителем зубоврачебной секции при Наркомздраве РСФСР. П.Г.Дауге явился инициатором и проводником идеи санации полости рта у населения нашей страны. Принципы и методику санации он подробно изложил в 1922 году в статье «Проект систематической борьбы с кистой зубов в РСФСР». П.Г.Дауге стремился выявить влияние неблагоприятных факторов окружающей среды на происхождение кариеса, с тем, чтобы при помощи гигиенических и санитарно-оздоровительных мероприятий устранить или уменьшить их воздействие на человека. П.Г.Дауге тесно связывал проблему профилактики кариеса зубов с профилактическими задачами всей советской медицины.

П.Г.Дауге указывал на необходимость в корне пересмотреть работу всех зубоврачебных учреждений, «заменяя случайно-индивидуальный способ борьбы с кариесом методом планомерно- систематической профилактики, сводящейся к ряду гигиенических и диетических мер с самого раннего детства, с одной стороны, и к пресечению кариозного процесса в начале его возникновения, - с другой».

В вопросах реформы зубоврачебного образования П.Г.Дауге стоял на принципиальной позиции: только высшее медицинское образование с последующей специализацией, поэтому выступал против создания одонтологических факультетов, считая, что они станут

реформированной зубоврачебной школой, но не изменят своего внутреннего облика. В 1929 году П.Г.Дауге был избран членом Международной академии в Вашингтоне, в 1931 году - почетным членом Венского зубоврачебного общества. В 1945 году П.Г.Дауге было присвоено звание «Заслуженный деятель культуры Латвийской ССР».

## **НАУЧНАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ ДЕМНЕРА ЛЕОНИДА МЕНДЕЛЕЕВИЧА**

**Сиразетдинов Н.И.**

**Казанский государственный медицинский университет**

**Научные руководители – к.м.н., доц. Юдина Г.Н., асс. Гималетдинова А.М.**

Демнер Л.М. с 1959 по 1962 г.г. обучался в аспирантуре на кафедре ортопедической стоматологии Казанского медицинского института. С 1963 по 1967 г.г. работал ассистентом, с 1967 по 1989 г.г. – доцентом кафедры, а с 1969 по 1990 г.г. – заведующим кафедрой ортопедической стоматологии Казанского медицинского института. Под руководством Оксмана И.М. в 1963 г. успешно защитил кандидатскую диссертацию на тему: «Кариес зубов у детей, болеющих туберкулезом». Ими доказана роль туберкулеза в развитии зубочелюстных аномалий, изучена морфология зубочелюстной системы при аномалиях и усовершенствовано их ортодонтическое лечение у детей.

В декабре 1972 г. защитил докторскую диссертацию «Значение хронической инфекции (туберкулеза) в патогенезе аномалий зубочелюстной системы», в мае 1974 г. утверждён ВАК СССР в звании профессора. При выполнении этой работы определена роль пониженной резистентности организма в развитии стоматологических заболеваний. Предложены новые методы и приборы для морфологических исследований путём получения серийных распилов и шлифов зубов. Работал над решением вопроса оказания стоматологической помощи детям с заболеваниями опорно-двигательного аппарата больных туберкулезом. Эти работы внесли существенный вклад в изучение этиологии и патогенеза кариеса зубов и зубочелюстных аномалий и в развитии фтизиостоматологии.

Он активно работал по совершенствованию учебного процесса, лечебной работы. Огромное внимание он уделял консультативной работе, что служило улучшению здоровья населения, и была школой для повышения квалификации врачей, аспирантов, ординаторов, ассистентов. Он «Заслуженный деятель науки ТАССР» (1989г.), внёс большой вклад в развитие отечественной стоматологической науки, в подготовку врачебных и научно-педагогических кадров. При его непосредственном участии и руководством на кафедре внедрены в практику здравоохранения оригинальные методы диагностики и лечения зубочелюстных аномалий, ортопедическое лечение при дефектах коронок зубов вкладками и фарфоровыми коронками при патологической стерности зубов и пародонтите. Его перу принадлежит более 170 научных работ, в том числе 4 монографии, 5 учебников, 2 руководства по ортопедической стоматологии и ортодонтии, 5 кафедральных сборников.

## **К 120-ЛЕТИЮ ВЫДАЮЩЕГОСЯ ОТЕЧЕСТВЕННОГО ПЕДИАТРА АКАДЕМИКА АЛЕКСАНДРА ФЕДОРОВИЧА ТУРА**

**Денисова А.В.**

**Казанский государственный медицинский университет**

**Научный руководитель – к.м.н., доц. Самороднова Е.А.**

Александра Федорович Тур родился 16 сентября в Новгороде - Северском Черниговской губернии в семье талантливого физиолога, профессора Петербургского университета Ф.Е. Тура.

В 1919 г. окончил Военно-медицинскую академию (ВМА). По окончании служил до 1924 года в Рабоче-крестьянской Красной Армии в должности младшего и затем старшего врача батальона. С 1921 года по 1930 год - работал по совместительству в клинике детских болезней ВМА, возглавляемой профессором М.С. Масловым, где последовательно занимал должности внештатного сотрудника, ординатора, младшего ассистента и ассистента. С 1930 года заведовал кафедрой физиологии и диететики ребёнка Ленинградского научно-исследовательского института охраны материнства и младенчества, затем пропедевтической и госпитальной педиатрии Ленинградского педиатрического медицинского института.

Свой путь в медицине Тур определил еще в годы учебы в ВМА под влиянием ведущего петербургского педиатра А.Н. Шкарина. Начало научной и клинической деятельности связано с работой в клинике М.С. Маслова.

Создатель школы педиатров, под его руководством выполнено более 100 кандидатских и 28 докторских диссертаций, автор более 250 опубликованных научных и научно-популярных работ, в том числе 7 монографий, справочников, 3 учебников и 4 руководств. «Пропедевтика детских болезней», «Справочник по диететике ребенка раннего возраста», «Физиология и патология детей периода новорожденности», «Гематология детского возраста», «Рахит» стали настольными книгами педиатров нескольких поколений.

А.Ф. Тур является одним из основоположников таких разделов отечественной педиатрии, как детские гематология и эндокринология, неонатология, диететика, воспитание детей раннего возраста.

А.Ф. Тур был избран академиком АМН СССР, председателем обществ детских врачей России и Ленинграда, почетным членом обществ педиатров Болгарии, Венгрии, Италии и Чехословакии, награжден рядом высших орденов, медалей, премий страны, удостоен звания «Заслуженный деятель науки РСФСР».

Умер Александр Федорович Тур 24 июля 1974 года и похоронен на Серафимовском кладбище в Ленинграде. В память о выдающемся педиатре в Санкт-Петербургской педиатрической медицинской академии установлен его бюст.

## **К СТОЛЕТИЮ СО ДНЯ РОЖДЕНИЯ ПРОФЕССОРА АБРУЙ ХУСАИНОВНЫ ХАМИДУЛЛИНОЙ**

**Махмутова Г. И.**

**Казанский Государственный Медицинский Университет**

**Руководитель-д.м.н., проф. Фазлеева Л.К.**

Абруй Хусаиновна внесла большой вклад в развитие педиатрической школы. Её жизненный путь и трудовая деятельность может послужить эталоном для ученых всех поколений. Она родилась 24 марта 1914 года, рано начала трудовую жизнь в качестве фельдшера в Сармановском районе ТАССР после окончания Казанского медполитехникума, отделение материнства и младенчества.

В 1932 поступила на педиатрический факультет Казанского медицинского института. В 1939 г. окончила клиническую ординатуру на кафедре детских болезней педфака КГМИ и с 1940 г. работала ассистентом кафедры пропедевтики детских болезней.

В связи с ВОВ Абруй Хусаиновна была мобилизована 30 июля 1941 года в ряды РККА и работала врачом полевого госпиталя первой линии в действующей армии по 1946 г. За большие заслуги перед обществом А.Х. Хамидуллина награждена орденом «Отечественной Войны I ст.», орденом «Красной Звезды», медалями «За трудовую доблесть», «Ветеран труда», «За взятие Кенигсберга», «За победу над Японией», «За победу над Германией», «Ветеран Советской Армии».

После демобилизации продолжила педагогическую работу на кафедре детских болезней КГМИ. Защитила кандидатскую диссертацию на тему: « Геморрагический диатез у новорожденных». Тема её докторской диссертации в 1960 г.

«Некоторые экспериментальные и клинические данные о состоянии нервной деятельности в ранние периоды жизни». В 1963 году ей присвоено ученое звание профессора. С 1962 по 1978 гг. заведовала кафедрой госпитальной педиатрии. А.Х. Хамидуллиной впервые в Казанском медицинском институте начато изучение возрастной и клинической физиологии, что позволило приступить к изучению измененной реактивности - аллергии и аллергических заболеваний детского возраста. Под руководством А.Х. Хамидуллиной 25 ее учеников защитили кандидатские диссертации, разработке ее научных идей посвящены выполненные впоследствии докторские диссертации ее учеников: профессоры М.Г. Вьяскова, А.П. Пигалова, Л.К. Фазлеева, А.В. Кузнецова, А.Г. Шамовой, М.В. Краснова, Т.И. Петровой, которые успешно возглавили педиатрические кафедры Казанского медицинского института, ГИДУВа и других городов.

#### **ПРОФЕССОРА ЗАГИДУЛЛИНЫ КАК ЭТАЛОН МЕДИЦИНСКОЙ ДИНАСТИИ И ВЕРНОСТИ СВОЕЙ ПРОФЕССИИ В БГМУ**

**Хазиманова А.А., Заманова А.А.**  
**Башкирский государственный медицинский университет**  
**Научный руководитель – к.м.н., доц. Киньябулатов А.У.**

В Башкортостане много медицинских династий (Терегуловы, Лазарева-Плечевы, Загидуллины, Хунафины-Кунафины, Фархутдиновы и мн. др.), но только одна династия профессоров Загидуллиных остаётся верной одной кафедре пропедевтики внутренних болезней с курсом физиотерапии на протяжении уже трёх поколений. Основателем медицинской династии является выпускник медицинского факультета Казанского государственного университета (1928) Зариф Шакирович Загидуллин (1904 — 1982), который с 1931 г. являлся главным врачом 3-й терапевтической больницы в Уфе. В 1934—72 гг. работал в БГМИ (с 1956 г. - заведующий кафедрой госпитальной терапии), одновременно в 1941—45 гг. гл. терапевт отдела здравоохранения Уфимского городского исполнительного комитета. В 1972—82 научный консультант поликлиники БФАН СССР. З.Ш. Загидуллин - доктор медицинских наук (1961), профессор (1962), заслуженный врач РСФСР (1946), заслуженный деятель науки БАСССР (1956). Научная деятельность посвящена вопросам кардиологии, курортологии, пульмонологии, восстановительной медицины. Автор 110 научных трудов. Награждён орденами "Знак Почёта" (1949, 1955), медалями.

Сын профессора З.Ш. Загидуллина - Шамиль Зарифович Загидуллин (1944 г.р.), доктор медицинских наук (1992), профессор (1993), заслуженный врач РФ и БССР (1991), заслуженный деятель науки РФ и РБ (1996) После окончания БГМИ (1967) с 1971 г. работает в БГМУ (с 1984 г. - заведующий кафедрой пропедевтики внутренних болезней с курсом физиотерапии). Научная деятельность посвящена разработке методов диагностики, лечения и профилактики заболеваний сердца и органов дыхания; вопросам аллергологии, курортологии, восстановит. медицины. Автор св. 600 науч. трудов и 2 изобретений.

Внук профессора З.Ш. Загидуллина - Науфаль Шамилович Загидуллин, доктор медицинских наук, профессор кафедры пропедевтики внутренних болезней с курсом физиотерапии БГМУ. Научные исследования посвящены кардиологии (контроль ритма сердца, лёгочная гипертензия, артериальная гипертензия). Автор более 130 научных работ. Является автором трех изобретений, 3-х монографий.

#### **ВЫПУСКНИКИ МЕДИЦИНСКОГО ФАКУЛЬТЕТА ИМПЕРАТОРСКОГО КАЗАНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА – ПЕРВЫЕ ЗАВЕДУЮЩИЕ КАФЕДРАМИ ИМПЕРАТОРСКОГО НИКОЛАЕВСКОГО УНИВЕРСИТЕТА (Г. САРАТОВ)**

**Козлов А.Е.**  
**Саратовский государственный медицинский университет**  
**Научный руководитель – д.м.н., проф. Завьялов А.И.**

Императорский Казанский университет в начале XX столетия, являясь первым в Поволжье, стал одним из основных поставщиком кадров для вновь открывшегося в 1909 г. в Саратове Императорского Николаевского университета с единственным медицинским факультетом. Его ректором был назначен видный хирург Казанского университета – профессор В.И. Разумовский, одновременно возглавлявший кафедру общей хирургии.

Среди выпускников медицинского факультета Казанского университета, которые стали в последующем основателями кафедр в Императорском Николаевском университете, внесших значительный вклад в создание научных школ и развитие отечественной медицины, следует особо отметить профессора В.А. Арнольдова (кафедра гигиены), профессора П.П. Заболотнова (патологической анатомии), профессора В.В. Формса (биологической химии).

Организаторами клинических кафедр были: профессор Китаев Ф.Я. (инфекционных болезней), профессор Кушев Н.Е. (диагностики внутренних болезней), профессор Осокин Н.Е. (нервных и душевных болезней), профессор Быстренин И.Н. (детских болезней), профессор Цветков И.И. (диагностики и частной патологии с терапией).

В 30-70-е годы в Саратовском медицинском институте работали заведующими кафедрами воспитанники Казанского медицинского института: профессор Лось Л.И. (общая гигиена), профессор Бик В.И. (анатомия), профессор Михайлов В.В. (патологическая физиология), профессор Дранкин Д.И. (эпидемиология).

Наряду с этим некоторые сотрудники Саратовского медицинского института стали руководителями кафедр Казанского медицинского института: профессор Трутнев В.К. (оториноларингологии), профессор Мурзин А.Н. (глазные болезни).

Таким образом, многолетнее сотрудничество между двумя медицинскими вузами служит хорошей базой в подготовке научно-педагогических кадров для нашей страны, способных создать не только перспективные научные направления в развитии отечественной медицины, но научные медицинские школы.

#### **ВЫПУСКНИК КАЗАНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА ПРОФЕССОР СТЕПАН ЯКОВЛЕВИЧ СТРЕЛКОВ – ОСНОВАТЕЛЬ ИЖЕВСКОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ШКОЛЫ**

**Столбова М.С.**  
**Ижевская государственная медицинская академия**  
**Научный руководитель – д.м.н., проф. Попова Н.М.**

Родился С.Я. Стрелков 12 июля 1878 г. в семье крестьянина в с. Воскресенском (быв. Нижегородской губернии). После окончания в 1895 г. низшей сельскохозяйственной школы первого разряда он работал учителем начального народного училища. В 1903 г. поступил в Казанский университет на медицинский факультет, который с отличием окончил в 1909 г.

Врачебную деятельность Степан Яковлевич начинал в Вавожской больнице (быв. Малмыжское уездное земство). Возвратившись в Казань, в 1910 г. перешел на должность ординатора факультетской хирургической клиники. Закончив ординатуру в 1913 г., уехал на работу в г. Слободской (быв. Вятской губернии), где организовал хирургическое отделение,



которым заведовал до 1918 г. В 1921 г. С.Я. Стрелкова откомандировали в Пермский государственный университет, где с 1926 г. он был назначен приват-доцентом этой клиники. В клинике он написал диссертационную работу на соискание степени доктора медицинских наук на тему: «К учению коллатерального кровообращения. Перевязка безымянной артерии». В 1928 – 1933 гг. он работал в должности заведующего кафедрой оперативной хирургии и топографической анатомии медицинского факультета пермского университета. По распоряжению НКЗ РСФСР в 1933 г. С.Я. Стрелков приехал в г.Ижевск для подготовки клиник в Ижевском медицинском институте, где с 1935 г. его назначают профессором и заведующим кафедрой общей хирургии, а с 1937 г. – госпитальной хирургии, которой и руководил до конца своей жизни. Под его руководством работали: доцент М.Г. Козьмин, В.К. Беккер, ассистенты Г.Г. Стерхов (первый ректор Ижевского мединститута), В.П. Шипулин, Э.П. Журавлева, Е.М. Барковский. Профессор С.Я. Стрелков – автор 51 работы. Он выступал с докладом на XVII и был участником XIX и XXII съездов Российских хирургов. В годы Великой Отечественной войны профессор С.Я. Стрелков являлся консультантом ряда госпиталей, расположенных в Ижевске.

В 1938 г. трудящиеся г.Ижевска избрали его депутатом Верховного Совета Удмуртской АССР. Деятельность С.Я. Стрелкова отмечена орденом Ленина и медалями. 28 сентября 1939 г. Президиум Верховного Совета УАССР присвоил ему звание заслуженного деятеля науки УАССР.

## **ПОЛКОВНИК МЕДИЦИНСКОЙ СЛУЖБЫ Н.Н. БАЙТЕРЯКОВ**

**Бахтиярова А.А., Имаев И.Я.**  
**Башкирский государственный медицинский университет**  
**Научный руководитель – к.м.н., доц. Киньябулатов А.У.**

Трудно найти в Республике Башкортостан врача, который сделал бы столько много, как Нурэль-Гаян Нуриахмедович Байтерьяков [28.11.1890, д. Шланлыккуль Белебеевского у. Уфим. губ. (Буздякский р-н РБ) — 17.5.1974, Уфа]. Участник четырех войн: Первой мировой и Гражданской войн, советско-финляндской войны 1939—40 гг. и Великой Отечественной войны. Полковник медицинской службы (1959 г.). с правом ношение военной формы (раньше был такой вид поощрения после выхода на пенсию). После окончания медицинского факультета Императорского Казанского университета в 1917 г. находился на фронтах в качестве полкового врача, при этом участвовал в мирных переговорах со стороны мусульманского представительства. В 1918—19 гг. был заведующим Тамбовским губернским отделом здравоохранения. С 1922 г. работал заведующим отделом Уфимского городского отдела здравоохранения, в 1923—37 гг. был главным врачом 1-й советской больницы (ныне Республиканская клиническая больница имени Г.Г. Куватова), одновременно Нурэль-Гаян Нуриахмедович (больные и сотрудники звали его Николай Николаевич) был директором Башкирского медицинского техникума (1926—30) и преподавателем БГМИ имени 15-летия ВЛКСМ. С 1939 г. Н.Н. Байтерьяков был призван в Красную Армию, был начальником медицинской части военно-санитарного поезда на Ленинградском фронте, в 1941—45 гг. — начальником военных госпиталей на 3-м Белорусском фронте. В 1946—60 гг. возглавлял медицинскую службу Министерства внутренних дел Башкирской АССР. Одним из первых в республике провёл операцию на сердце (1935 г.) и нейрохирургические операции на головном и спинном мозге (проходил дважды специализацию у профессора А.Л.Поленова в Ленинградском НИИ нейрохирургии, который сейчас носит его имя). Один из организаторов здравоохранения Башкирской АССР. За многолетний труд Н.Н. Байтерьякову было присвоено почётное звание «Заслуженный врач РСФСР» (1957), он награждён орденами Отечественной войны 2-й степени (1945), Красной Звезды (1944, 1948), «Знак Почёта» (1948). В Уфе на доме ул.Ленина, 2, где жил Н.Н. Байтерьяков, установлена мемориальная доска.

## **ПРОФЕССОР Н.А. ШЕРСТЕННИКОВ – ОСНОВОПОЛОЖНИК ОРГАНИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В БАШКИРСКОЙ АССР**

**Заманова А.А., Бахтиярова А.А.**  
**Башкирский государственный медицинский университет**  
**Научный руководитель – к.м.н., доц. Зиятдинов Р.З.**

Выпускник медицинского факультета Казанского государственного университета Николай Александрович Шерстенников (3.2.1900, с. Б.Рой Вятской губ. — 2.1.1981, Уфа) всегда с большой благодарностью вспоминал годы своей учёбы в Казани и своих учителей, среди которых были корифеи медицинской науки в СССР. После окончания Казанского университета (1922) работал там же, в 1923—35 гг. был санитарным врачом в г.Уржум Вятской губернии (с 1934 г. Кировской области). После избрания по рекомендации первого наркома здравоохранения РСФСР, профессора Н.А. Семашко в 1936 году был избран по конкурсу заведующим кафедрой социальной гигиены и организации здравоохранения Башкирского государственного медицинского института. В 1936—80 гг. работал на одной кафедре в БГМИ: до 1970 г. - заведующим, с 1970 г. профессором кафедры, одновременно в 1937—43 гг. работал на кафедре военно-санитарной подготовки, в 1938—39 гг. и 1945—46 гг. деканом, в 1946—54 гг. заместителем директора по научной и учебной работе. После защиты докторской диссертации в 1942 г. присвоена ученая степень – доктор медицинских наук, с 1943 г. - профессор. Профессору Н.А. Шерстенникову за многолетний добросовестный труд в области подготовки кадров для здравоохранения Республики Башкортостан в 1957 г. присвоено почётное звание «Заслуженный деятель науки Башкирской АССР», а в 1953 г. он награждён орденом «Знак Почёта». За вклад в дело организации учебного процесса в БГМИ, а также профилактической работы с выездом в отдалённые районы Башкирской АССР в годы Великой Отечественной войны профессор Н.А.Шерстенников был награждён в 1947 г. знаком «Отличнику здравоохранения СССР» Научная деятельность профессора Н.А.Шерстенникова была посвящена изучению истории развития медицины и здравоохранения в Башкортостане, он внёс значительный вклад в совершенствование системы пропаганды медико-санитарных знаний, повышение уровня гигиенической культуры населения. Автор свыше 70 научных трудов, монографии, посвящённой 25-летию со дня организации «Башкирский медицинский институт им. 15-летия ВЛКСМ: 1932—1957 гг.» (Уфа, 1959).

## **АКУШЕРСКИЙ ФАНТОМ В ИСТОРИЧЕСКОМ АСПЕКТЕ**

**Абдуллаева К.А, Садриева К.Р**  
**Казанский государственный медицинский университет**  
**Научный руководитель - д.м.н., проф. Козлов Л.А.**

Акушерский фантом (А.Ф.) - наглядное учебное пособие для преподавания акушерства, представляет собой модель нижней половины женского туловища и сопровождается макетом новорождённого (кукла). Из книги "Повивальная бабка...",

переведённой с немецкого И. Пагенкампом (М., 1764 г.) известно, что впервые А.Ф. стал использовать акушер И. Горн в 17 в. Это изобретение значительно упростило и улучшило преподавание акушерства. И уже в 18 в. появился целый ряд моделей А.Ф.

В книге Т.Мейер - Штейнер, К.Зудгоф "История медицины" (1925 г., стр.343) имеется иллюстрация одной из таких моделей, хранящейся в Йенской историко - медицинской коллекции (1650 г.). В 19 в. стали строить сложные родильные машины, изображавшие женщину в родах. Одна из моделей француза Озена была прислана в акушерскую клинику Московского университета.

В России впервые Н.М.Максимович - Амбодик по собственным чертежам вместе с мастером В.Коженковым в 1782 г. создали модель А.Ф. Перед этим он стажировался в Страсбурге, и там познакомился с его устройством. В дальнейшем применение А.Ф. стало системой в преподавании клинического акушерства.

В Казани впервые упоминание о фантоме имеется у А.И. Арнольда, который в 1812 г. был назначен первым профессором хирургии и повивального искусства в КИУ. Неизвестно, что собой представляла эта модель. В 1822 г. по инициативе проф. А.П. Владимирского экземпляр А.Ф. был приобретён в Германии, который до настоящего времени не сохранился. В последующие годы вплоть до настоящего времени А.Ф. стал незаменим на практических занятиях.

По фотографиям 1915 г. (В.С. Груздев), 1940 г. (И.В. Данилов), 1950 г. (П.В. Маненков, Х.Х. Мещеров), 1960 г. (В.С. Кандаратский, М.В. Монасыпова) нами изучена метаморфоза моделей А.Ф., используемых на кафедре в нашем университете, для продолжения традиционного обучения основам родовспоможения на акушерском фантоме, с целью развития логического клинического мышления и приобретения практических умений.

В настоящее время предлагается к использованию многофункциональный манекен имитации родов Noelle, Ноэлье Х, с которыми желающие могут ознакомиться в глобальной сети интернет.

## **ЦИВИЛИЗАЦИОННОЕ ВЛИЯНИЕ РИМА НА ИСТОРИЮ РОССИИ**

**Краснов А.Е., Кириллов Н.Д.**

**Казанский государственный медицинский университет**

**Научный руководитель – к.и.н., доц. Фасхутдинова Е.Н.**

Цивилизационное влияние Рима на историю России велико, поэтому мы обратились к истории Древнего Рима.

В 91-88 Италия была потрясена Союзнической войной, которая возникла из-за отказа Сената предоставить италийцам права римских граждан. Кровавопрлитная война закончилась победой Рима, лишь некоторые племена италийцев получили права граждан. Была уничтожена система полисов, италийцы полностью ассимилировались и латинизировались.

Противоречия политических партий вновь дестабилизировали страну. Опасаясь единоличной диктатуры Мария, его противник – Суллу отправил войска на Рим. Впервые в римской истории войско отказалось повиноваться народному собранию и заняло Рим как неприятельский город. Произошло отчуждение армии и общества. Суллу подчинил город и стал пожизненным диктатором. Несмотря на тиранию и диктатуру, Суллу стремится укрепить Республику, возвратил Сенату многие права, отнятые ранее Гракхом.

В 74—63 до н. э. Помпей вел войны в Азии и значительно приумножил свое богатство и влияние. По закону он распустил свои легионы и вернулся в Рим обычным гражданином. Вследствие этого он оказался бессилён и был вынужден протянуть руку Цезарю. Так возник Первый Триумвират – негласное соглашение между Юлием Цезарем, Помпеем и Крассом о совместной борьбе с Сенатом. Цезарь стал губернатором Галлии и уехал из Рима, чтобы навести в ней порядок. В 55 году до н.э. состоялись выборы консулов, на которых победили Помпей и Красс. Получив Сирию, Красс уезжает вести войну с Парфией, но вскоре его вызывают на переговоры, где его жестоко убивают. После смерти Красса, борьба за власть разворачивается между Цезарем и Помпеем.

Возвращение прославленного Цезаря из Галлии вместе с легионами вынудило Сенат объявить его вне закона. Сенат и его сторонники оказались неподготовленными к грядущей войне, что привело к их поражению. Установилась единоличная диктатура Цезаря. Изрядно поредевший Сенат он наполнил галлами, либо офицерами, тем самым используя его для принятия практически любых законов. Приверженцы старых римских традиций оказались недовольны и организовали убийство диктатора.

Против убийц Цезаря в 43 г. до н.э. был создан Второй триумвират (Октавиан Август, Марк Антоний, Марк Лепид). Это союз являлся публично-правовым органом, чего никогда не существовало.

В конце концов, на политической арене остался один триумвир – внучатый племянник Цезаря, именуемый Октавианом Августом. Он создал принципат – комбинацию республиканской магистратуры с военной монархией.

Даже спустя десятилетия Сенат, Магистратура, Народные собрания существовали, но на жизнь страны не влияли, были, скорее, политической мишурой для заядлых республиканцев.

## **ИНТЕРЕСНЫЕ ФАКТЫ ИЗ ЖИЗНИ ПРОФЕССОРА И.М. ДОГЕЛЯ - ОСНОВОПОЛОЖНИКА КАЗАНСКОЙ ШКОЛЫ ФАРМАКОЛОГОВ**

**Игнатъева Л.А., Каримова Д.Р., Петрова А.А.**

**Казанский государственный медицинский университет**

**Научный руководитель – д.м.н., проф. Залялютдинова Л.Н.**

Основоположником Казанской школы фармакологов считается профессор Иван Михайлович Догель. И.М. Догель (1830-1916) был первым заведующим кафедрой фармакологии медицинского факультета Казанского императорского университета, организованной в 1869 году. К наиболее крупным его работам следует отнести учебник «Основы фармакологии с рецептурой» (СПб., 1900) и руководство «Сравнительная анатомия, физиология и фармакология кровеносных и лимфатических сосудов» (Т.1 и 2, 1903, 1904). Педагогическую деятельность на медицинском факультете Иван Михайлович сочетал с блестящими экспериментальными исследованиями, касающимися фармакологии хлороформа. В первые годы образования Казанского ветеринарного института он читает лекции студентам по теоретической части фармакологии. За время его работы в стенах Казанского ветеринарного института (1876-1915 гг.) под его руководством оценивалось влияние на организм ненасыщенных одноатомных спиртов, а также других веществ и лекарственных средств. Поражает любознательность и широта интересов Догеля. Ивана Михайловича интересуют не только проблемы фармакологии. Первым в России он становится автором книги, посвященной влиянию музыки на человека и животных, где отмечает наличие возможного сходства музыкальных и цветовых впечатлений («цветной слух»). Интересны его размышления о пластической синестезии – например, о возможности сходства мелодического рисунка народных песен с контуром горизонта в той местности, где данный народ обитает, и статья о влиянии музыки и цветов солнечного спектра на нервную систему. Он является автором книги, где

говорится о возможности телепатии через действие сердца в качестве своего рода передатчика и приемника радиоволн. Как крупный ученый и общественный деятель Иван Михайлович Догель уделял огромное внимание борьбе с алкоголизмом в России. Книга «Спиртные напитки, как несчастье человека» (1904), написанная Догелем совместно с председателем Казанского общества трезвости А.Т. Соловьевым переиздана, что свидетельствует об ее актуальности и научной ценности и сегодня.

## **ТОМСКАЯ ШКОЛА ПАТОФИЗИОЛОГОВ**

**Полетика В.С.**

**Сибирский государственный медицинский университет  
Научный руководитель – д.и.н., проф. Некрылов С.А.**

Основателем экспериментально-физиологического направления в патологии является выдающийся русский ученый В.В. Пашутина, которого по праву считают отцом отечественной патофизиологии. Окончив Медико-хирургическую академию в Петербурге в 1868 г., В.В. Пашутин возглавил в 1873 г. кафедру общей патологии в Казанском университете, где в 1874 г. приступил к чтению лекций по общей и экспериментальной патологии. С этого берет свое начало новый этап развития общей патологии в России. Главной заслугой В.В. Пашутина считается то, что он преобразовал общую патологию из науки умозрительной в науку экспериментальную, а также создал первую в России школу патофизиологов.

Прямым ответвлением школы В.В. Пашутина стала Томская школа патофизиологов и гематологов, созданная в 1890 г. на базе медицинского факультета Императорского Томского университета. С момента организации кафедры общей патологии ее возглавляли ученики и последователи В.В. Пашутина: П.М. Альбицкий (1890-1891 гг.), А.В. Репрев (1891-1895 гг.), Д.И. Тимофеевский (1896-1903 гг.), П.П. Авроров (до 1992 г.), А.Д. Тимофеевский (1922-1934 гг.), Д.И. Гольдберг (1934-1973 гг.), Е.Д. Гольдберг (1975-2000 гг.). В настоящее время (с 2000 г.) кафедрой заведует ректор университета, профессор, академик РАНН, заслуженный деятель науки РФ, заслуженный работник культуры РФ Вячеслав Викторович Новицкий.

Деятельность представителей Томской школы патофизиологов оказала значительное влияние на развитие патофизиологии как в России, так и во всем мире. Работы П.П. Авророва и А.Д. Тимофеевского по созданию методов культивирования тканей вне организма явились основополагающими для развития клональных методов исследования в гематологии и способствовали формированию представлений о генезе клеток крови и патогенезе гемобластозов. Д.И. Гольдберг подробно изучил патогенез агастрических пернициозных анемий, исследовал особенности воздействия ионизирующей радиации на клетки крови. Его ученик, Е.Д. Гольдберг, продолжил исследование по традиционным для томской школы патофизиологов направлениям в области экспериментальной гематологии, онкологии и онкофармакологии. Под руководством В.В. Новицкого на кафедре ведутся работы по изучению реакций красной и белой крови при опухолевом, инфекционном процессах и других патологических состояниях.

## **ИСТИННЫЙ ПАТРИОТ КАЗАНСКОЙ ФИЗИОЛОГИЧЕСКОЙ ШКОЛЫ, БЮСТ, КОТОРОГО ВПЕРВЫЕ В ИСТОРИИ БУДЕТ УСТАНОВЛЕН В ВЕСТИБЮЛЕ КАЗАНСКОГО ФИЗИОЛОГИЧЕСКОГО ИНСТИТУТА ВЕСНОЙ 2014 Г. КОВАЛЕВСКИЙ НИКОЛАЙ ОСИПОВИЧ (1840-1891)**

**Зиганшина Э.Р.**

**Казанский государственный медицинский университет  
Научный руководитель – к.б.н., доц. Земскова С.Н.**

8 мая 1840 года в г. Казани в семье профессора-ректора Казанского императорского университета, родился Ковалевский Н. О., в 1952 г. он поступает во 2-ю Казанскую гимназию, а в 1857 г. поступает на медицинский факультет КУ. Еще в студенчестве он написал первую статью: «Анатомико-физиологические исследования селезенки». Для подготовки к профессорскому званию был направлен в лабораторию К.Людвига в Лейпциге, идеи которого о внедрении научного эксперимента в обучение он горячо одобрял. В 1865 г. печатает научную работу «Материалы к изучению легочного дыхания», за которую получает степень доктора медицины и становится заведующим кафедрой физиологии КУ. У Ковалевского была оригинальная система преподавания. Он считал, что будущий физиолог должен знать хорошо гистологию, физику, химию, безупречно владеть техникой физиологических и гистологических исследований, стремился обставить свои лекции наиболее демонстративными опытами. Это побуждало студентов пробовать собственные силы в эксперименте, что и заложило основу Казанской физиологической школы, благодаря которой она приобрела мировую известность. К концу 80-х годов Ковалевский, будучи ректором КУ, добивается строительства Физиологического института, открытие которого состоялось 8 сентября 1890 г. Им была основана библиотека каф. физиологии, где хранились записи написанных его рукой лекций, начинающих словами: «Милостивые государи». Профессор Ковалевский Н.О. умер 5 сентября 1891 г. в Казани. Это была трагедия для всех, т.к. студенты его боготворили. Когда 21 октября 1882 года Ковалевский Н.О. был «по прошению» уволен с должности ректора КУ, в университете начались студенческие беспорядки с требованием вернуть его обратно, т.к. их единственным ректором был Ковалевский Н.О, который всегда уважал студентов и помогал им. К его главным научным трудам относятся: «Исследования по иннервации расширения зрачка» и «Материалы к изучению влияния дыхания на кровообращение». О Ковалевском можно узнать в библиотеке КГМУ (К.В. Лебедев, И.Н. Волкова, Л.Н. Зефирова «Из истории Казанской физиологической школы, 1978»).

## **СВЕТЛОЙ ПАМЯТИ СОТРУДНИКОВ КАФЕДРЫ ПАТОФИЗИОЛОГИИ – УЧАСТНИКОВ ВЕЛИКОЙ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ВОЙНЫ**

**Токарева А.А.**

**Казанский государственный медицинский университет  
Научный руководитель – д.м.н., проф. Миннебаев М.М.**

С каждым годом мы все дальше и дальше уходим от военной поры. 9 мая 2014 года исполнится 69 лет со дня победы в Великой Отечественной войне. Годы войны были тяжелым временем для всего населения нашей страны. Большое число людей уходило на фронт, еще больше – трудилось в тылу. В ряды Красной армии вступили и сотрудники Казанского государственного медицинского университета, в том числе и кафедры патологической физиологии.

Целью данной работы стал поиск информации о сотрудниках кафедры патологической физиологии – участников Великой Отечественной войны.

В моей исследовательской работе были использованы данные архива музея Казанского государственного медицинского университета, книг памяти музея-мемориала Великой Отечественной войны, интернет ресурсы.

Мною были проанализированы приказы с 1939 по 1945 года. В результате я выяснила информацию о сотрудниках кафедры патологической физиологии, ушедших на войну. Ими оказались: заведующий кафедрой Мухамед Абдуллаевич Ерзин, доцент Ихсан Хасанович Канцеров, аспиранты Исаак Григорьевич Шир, Иван Николаевич Котелов, Михаил Ильич Ундрицов, лаборант Петр Яковлевич Королев. Одни из них вернулись в Казанский медицинский университет и продолжили свою научную работу на кафедре, другие же погибли, но их имена живут в наших сердцах.

Мы должны помнить тех, кто совершил этот подвиг во имя нашей Родины.

#### **ЗАВЕДУЮЩИЕ КАФЕДРАМИ, ПРОФЕССОРА-КЛИНИЦИСТЫ, ВЫПОЛНИВШИЕ ДИССЕРТАЦИОННЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ НА КАФЕДРЕ ПАТОФИЗИОЛОГИИ ПОД РУКОВОДСТВОМ ЕРЗИНА МУХАМЕДА АБДУЛЛАЕВИЧА**

**Токарева С.А.**

**Казанский государственный медицинский университет  
Научный руководитель – д.м.н., проф. Миннебаев М.М.**

В настоящее время Казанский государственный медицинский университет является одним из лидеров по научным исследованиям и разработкам среди других крупных медицинских учебных заведений. Одной из прогрессивных кафедр нашего университета является кафедра патологической физиологии. Большой вклад в развитие науки внес Ерзин Мухамед Абдуллаевич. Им было написано более 30 научных работ; под его руководством выполнили диссертации многие сотрудники нашего университета.

Цель моего исследования: поиск информации о заведующих кафедрами Казанского государственного медицинского университета, профессоров-клиницистов, выполнивших диссертационные исследования на кафедре патофизиологии под руководством профессора Мухамеда Абдуллаевича Ерзина.

В ходе данной работы мною были собраны материалы по теме исследования. Были использованы литературные источники из личного архива Миннебаева Марселя Миргазиевича, материалы архива музея Казанского государственного медицинского университета.

В результате мною были изучены сведения о Баграме Газизовиче Садыкове, Нине Алексеевне Романове, Иреке Алимзяновиче Салихове, Габдуле Гадельшевиче Нурееве, Вадиме Алексеевиче Кузнецове, Леониде Менделеевиче Демнер и об их диссертациях. Их исследования внесли большой вклад в становление современной науки.

#### **К 110-ЛЕТИЮ СО ДНЯ РОЖДЕНИЯ ПРОФЕССОРА НИКОЛАЯ НИКОЛАЕВИЧА ЛОЗАНОВА**

**Рагимова А.А., Леухин Р.В., Абуладзе Г.Г.**

**Казанский государственный медицинский университет  
Научный руководитель – к.м.н., асс. Нурсаитова Р.М.**

Николай Николаевич Лозанов родился 19 августа 1904 году в Саратове, в семье директора гимназии и после получения начального образования поступает в Саратовский медицинский институт. В 1927 году получив медицинскую специальность, работает младшим научным сотрудником в Саратовский научно-исследовательский институт физиологии верхних дыхательных путей, где и заканчивает аспирантуру. За эти годы Николай Николаевич выполняет ряд научных работ по эмбриологии глоточного и лимфоидного кольца, и травматизации уха в условиях шумного производства. В 1932 году утверждается на должность доцента клиники социального здоровья в Ленинградском институте физической культуры им. Лесгафта. Спустя четыре года плодотворной работы, обобщая свои научные исследования, он успешно защищает докторскую диссертацию. В 1937 году назначается заведующим кафедрой отоларингологии Башкирского медицинского института, а спустя два года в 1939 году возглавляет кафедру отоларингологии Казанского медицинского университета и по совместительству до 1950 года. кафедру отоларингологии Казанского института усовершенствования врачей.

В военные годы разрабатывает методы лечения боевых травм ЛОР-органов, среди которых почетное место занимают новые способы пластических операций при травматических стриктурах и атрезиях наружного слухового прохода и носа (лозановская операция).

В 1956 году для успешной диагностики внутричерепных отогенных осложнений им впервые в Казани был внедрен метод электроэнцефалографии. В числе нововведений - метод щадящей операции на гортани при раковом поражении - экзентерия, которая позволяла сохранять ее функцию. В 1969 году написана глава «Болезни глотки» в руководстве для врачей под редакцией профессора В.Ф. Ундрица.

Н.Н. Лозанов является автором 80 печатных работ по актуальным вопросам отоларингологии, под его руководством выполнены 16 кандидатских и 4 докторских диссертации.

Его фундаментальные научные исследования были продолжены многочисленными учениками, а научные идеи, направления и методы актуальны и широко используются в современной отоларингологии.

#### **УЧЕНИКИ ТАТАРСТАНА В 20-Е ГОДЫ XX ВЕКА**

**Абдуллаев Ш.П.**

**Казанский государственный медицинский университет  
Научный руководитель – к.и.н., ст. преп. Фасхутдинова Е.Н.**

В первые послереволюционные годы находящиеся у власти в России большевики неоднократно подчеркивали значение школы и учителя. Труд учителя был трудный.

Руководители народного образования считали, что это не условия виноваты, а учителя, которые не понимают, как надо работать, хотя все было совсем не так.

Казанскую губернию сотрясали военные действия времен гражданской войны. Непригодность школьных зданий к обучению в них детей осложнялась еще и недостатком школьного инвентаря.

В 1920 году положение со школьными зданиями не улучшается. Особенно ужасны условия работы в школах были зимой. Зимой наступали холода, школьные помещения необходимо было отапливать. Дров школы получали очень мало, и температура в школьных помещениях порой падала ниже 0. Также все учителя и школьники чувствовали недостаток света. Все школы работали в 2, и даже в 3 смены, а освещение у большинства школ – керосиновые лампы.

Все эти трудности были совсем не случайными, ведь, как писал С.А. Галин, «в связи с острым финансовым кризисом, доля народного просвещения в государственном бюджете с 10 % в 1920 г. падает до 2 – 3 % в 1922 г.

Татарскую республику постигло очень большое несчастье: засуха приведшая к тяжелейшему голоду. Но с 1923 года голод закончился, и все постепенно стало налаживаться.

Со времени Октябрьской революции число школ резко увеличилось. Проблема с обеспечением всех учащихся учебными пособиями еще долго оставалась злободневной. Работа педагогов, кроме того, в сильной степени усложнялась тем составом учащихся, с которым им приходилось иметь дело.

В 1925 году минимальная нагрузка на учителя составляла 40, максимальная – 70 учащихся. Кроме того, учитель из-за низкой зарплаты и неопределенного правового положения вынужден был одновременно работать в нескольких школах. Тем более обучению очень мешали обстоятельства и нехватка средств, и недостаток знаний и квалификации у учителей. Еще одной обязанностью педагога являлось его участие в коллективной работе школы. Общее количество рабочего времени у них доходило до 72 часов в неделю.

С конца 1929 года наступило улучшение бытовых условий труда учителей. Весь период – 1918 – начало 1930-х гг. характеризуется тем, что условия работы учителей Казанской губернии / ТАССР были весьма трудными, и учитель был сильно перегружен.

## **КАЗАНСКАЯ НЕВРОЛОГИЧЕСКАЯ ШКОЛА И ЕЕ ВЛИЯНИЕ НА РАЗВИТИЕ НЕВРОЛОГИИ В СССР И РОССИИ**

**Леухин Р.В., Рагимова А.А.**

**Казанский государственный медицинский университет**

**Научный руководитель – д.м.н, проф. Якупов Э.З.**

Казанская неврологическая школа берет свое начало с 1836 г. Основы для создания заложил выдающийся клиницист, профессор Николай Андреевич Виноградов, который по уровню медицинского кругозора был не только терапевтом, но и одним из первых в России невропатологов. Неврология как самостоятельная медицинская дисциплина в Казанском университете связана с учениками Н.А. Виноградова. Одним из них был А.А. Несчастливцев, которого в 35-летнем возрасте командировали на кафедру проф. Н.А. Виноградова. Получив в 1870 г. степень доктора медицины, А.А. Несчастливцев становится приват-доцентом и начинает чтение специального курса нервных болезней для студентов-медиков Казанского университета. Курс нервных болезней, введенный в Казанском университете в 1870 г., был вторым в России. В 1887 году открывается клиника и кафедра нервных болезней под руководством Д.П. Сколозубова, ученика основоположника отечественной неврологии проф. А.Я. Кожевникова. Но подлинный расцвет связан с именем Л.О. Даркшевича. Он заложил основы Казанской неврологической школы из которой и возникли многие современные направления. Его ученики создали свои школы: Топорков Н.Н. (Иркутск), Первушин В.П. (Пермь), Разумовский В.И. (Саратов), Эмдин П.И. (Ростов-на-Дону). Следующим заведующим кафедрой стал А.В. Фаворский, который дал не меньше блестящих учеников. После А.В. Фаворского заведующим кафедрой становится Л.И. Омороков на становление которого оказал особое влияние В.М. Бехтерев. Профессор Я.Ю. Попелянский, возглавлявший кафедру с 1967 г. по 1987 г., дал новый виток развития традиций школы казанских неврологов, воспитав ряд талантливых учеников в числе которых были: Веселовский В.П., Иваничев Г.А., Шульман Х.М., и многие другие.

## **СТАНОВЛЕНИЕ КАФЕДРЫ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОЙ ТЕХНОЛОГИИ КГМУ**

**Васильева А.Г., Гильмутдинова Г.И.**

**Казанский государственный медицинский университет**

**Научные руководители – к.фарм.н., доц. Меркурьева Г.Ю., д.фарм.н., доц. Камаева С.С.**

В 1975 году открыт фармацевтический факультет в Казанском государственном медицинском институте, а в 1977 году началось преподавание курса технологии лекарств. В 1982 году данный курс был переименован в кафедру технологии лекарств, а затем в 2001 году в кафедру фармацевтической технологии. С момента основания и по июнь 2013 года руководила кафедрой профессор Л.А. Поцелуева. Период становления был очень сложным: отсутствие учебников, аптечного оборудования, мерной посуды, приборов, а самое главное, отсутствие достаточных площадей для правильной организации учебного процесса. С 1977 года на протяжении 9 лет кафедра находилась на первом этаже общежития № 2 на ул. Островского, занимая 3 комнаты, из которых одна была учебной. Затем кафедра переехала в здание на ул. Толстого, 6/30, где стала занимать правую половину цокольного этажа и 3 учебных аудитории позволили поднять организацию учебного процесса на более качественный уровень. С сентября 2007 года и по настоящее время кафедра находится по адресу ул. Амирхана, 16.

Не смотря на сложности начального периода, значимым событием для кафедры было участие в организации и проведении в 1986 году IV Всесоюзного съезда фармацевтов.

Важным направлением деятельности кафедры являлась подготовка квалифицированных научно-педагогических кадров, прежде всего из выпускников своего фармацевтического факультета. Подготовка кадров велась как в целевых очных аспирантурах и докторантурах при ведущих медицинских и фармацевтических ВУЗах СССР, так и за счет аспирантуры при кафедре. Всего за 37 лет существования кафедры подготовлено 12 кандидатов фармацевтических наук. Докторские диссертации в разные годы защитили Поцелуева Л.А., Егорова С.Н., Насыбуллина Н.М., Камаева С.С.

На данный момент на кафедре работают 3 доктора и 2 кандидата фармацевтических наук. Заведует кафедрой в настоящее время доктор фармацевтических наук Тухбатуллина Р.Г.

## **Н.М. МАЛИЕВ И А.С. ДОГЕЛЬ - ПРЕДСТАВИТЕЛИ ТОМСКОЙ ШКОЛЫ МОРФОЛОГОВ**

**Попов Ю.А.**

**Сибирский государственный медицинский университет**

**Научный руководитель – д.и.н., проф. Некрылов С.А.**

Изучая историю Императорского Томского университета, где в 1888 году открылся первый медицинский факультет на востоке страны, невозможно не заметить, что она тесно переплетается с историей университетов России. Огромный вклад в становление науки и учебного процесса сделали и выпускники Казанского университета. Одним из них был Николай Михайлович Малиев - основатель кафедры нормальной анатомии Томского университета. С 1868 г. он работал в Казанском университете на кафедре физиологической анатомии, которой тогда заведовал П.Ф. Лесгафт, вначале помощником прозектора, а затем – приват-доцентом. При этом Н.М. Малиев выезжал в экспедиции для антропологического изучения черепов различных народностей, а также занимался созданием краниологической коллекции.

С 1888 г. он назначен экстраординарным профессором по кафедре нормальной анатомии Томского университета. Прибыв в Томск, Н.М. Малиев приступил к организации кафедры, оснащению ее оборудованием, приготовлению препаратов и созданию музея. С 1890 по 1895 г. был деканом медицинского факультета.

Николай Михайлович за время работы в Томске создал большую коллекцию анатомических препаратов (597 экземпляров), многие из которых сохранились до сих пор.

С 1897 по 1916 г. он работал в Санкт-Петербургском университете. Дальнейшая судьба Н.М. Малиева не известна. С Томским университетом тесно связал свою судьбу и Александр Станиславович Догель, представитель Казанской нейростоматологической школы. Еще в казанский период он разработал метод суправитальной окраски нервных элементов метиленовой синью. В Томске А.С. Догель возглавлял кафедру гистологии с 1888 по 1895 г. Он организовал гистологический кабинет и положил начало созданию коллекции гистологических препаратов. С начала 1889 г. Догель стал вести занятия по гистологии, уделяя особое внимание изучению нервной системы в духе казанской гистологической школы. В тот период ученый завершил работы по сетчатке глаза, принесшие ему мировую известность. С 1888 по 1890 г. был деканом медицинского факультета, в 1889 г. исполнял обязанности ректора. Догель являлся членом Нобелевского комитета, имел множество наград, в том числе он был удостоен премии им. К.М. Бэра. С 1895 г. профессор работал в Санкт-Петербургском университете.

## **ИСТОРИЧЕСКИЙ АСПЕКТ - ОПЕРАЦИЯ КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЕ**

**Хикматуллина К.А.**

**Казанский государственный медицинский университет  
Научный руководитель – к.м.н., асс. Хайруллина Г.Р.**

Кесарево сечение – хирургическая операция извлечения плода и последа из полости матки через разрез в ее стенке. До XVII века эта процедура называлась кесаревой операцией.

Термин «кесарево сечение» ввел в 1598 г. Жак Гилльом в своей книге об акушерстве.

Кесарево сечение является одной из самых древних операций, она описана еще в мифах Древней Греции, упоминается в законах Рима в 7 веке до нашей эры. Но первое достоверное кесарево сечение на живой женщине было произведено в 1610 году хирургом Траутманном из Виттенберга.

Почти полтора века спустя, в 1756 году, кесарево сечение было впервые сделано в России И. Эразмусом. Одним из первых в России кесарево сечение стал практиковать хирург Э. Х. Икавитц.

Значителен вклад казанской медицинской школы. В 1881 г. хирург Н.И. Боголюбов выполнил первое кесарево сечение в Казани в акушерском отделении факультетской клиники Казанского Университета. В последующем, до 1900г., проявили свое искусство проф. Н.Н. Феноменов и практический врач И.М. Львов. В начале 20 века проблемой кесарева сечения занимались профессор В.С.Груздев и его ученик профессор А.И.Тимофеев. Количество благополучных исходов операции возрастало с развитием асептики и антисептики. В годы Великой Отечественной войны было проведено 14 операций, и все матери остались живы.

В последующие годы в клинике Груздева был разработан ранний активный режим послеоперационного ведения родильниц с широким использованием наружной электростимуляции, своевременным восполнением объема циркулирующей крови, облучением швов лазером, снижением введения лекарственных средств и организацией выхаживания новорожденных. Было признано преимущество абдоминального ретровезикального в нижнем сегменте кесарева сечения поперечным разрезом стенки матки.

Большой вклад в развитие кесарева сечения внес профессор И.Ф. Фаткуллин - кафедра акушерства и гинекологии №2 одна из первых в России начала выполнять кесарево сечение с извлечением плода в околоплодном пузыре, что позволяет снизить риск множества осложнений.

Таким образом, какой бы древней не была данная операция, механизм ее выполнения постоянно совершенствуется, благодаря бесценному вкладу наших ученых.

## **К 150-ЛЕТИЮ СО ДНЯ РОЖДЕНИЯ ПРОФЕССОРА КАФЕДРЫ ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИИ В.Ф. БУРГСДОРФА: НЕИЗВЕСТНЫЕ ФРАГМЕНТЫ БИОГРАФИИ**

**Леухин Р.В., Рагимова А.А.**

**Казанский государственный медицинский университет  
Научный руководитель – д.м.н., проф. Файзуллина Е.В.**

Родился Владимир Федорович в селе Лысково Нижегородской губернии 17 мая 1864г. в семье чиновника, и, получив образование в Симбирской гимназии, поступает на медицинский факультет Казанского Императорского Университета, с получением в 1889 г. степени лекаря и звания уездного врача. В этом же году он поступает сначала сверхштатным, затем, штатным ординатором при клинике кожных и венерических болезней профессора А.Г. Ге, а спустя 8 лет-назначается штатным ассистентом кафедры. Будучи молодым ученым ведет переписку с ведущими врачами Европы, часто выезжает в заграничные командировки, где проходит теоретический и практический курс фототерапии под руководством профессора Н.Финзена. По возвращении в Россию, при поддержке профессора А.Г. Ге, Владимир Федорович получает пожертвование от императрицы Марии Федоровны на покупку светолечебного оборудования для новой клиники. В 1902г. после блестящей защиты докторской диссертации, получает звание приват-доцента «сифилитических и кожных болезней» с поручением чтения частного курса фототерапии. Его увлекательные и содержательные лекции привлекают большое количество студентов. После смерти своего учителя профессора А.Г. Ге избирается заведующим кафедрой кожных и венерических болезней. По его инициативе на кафедре создается гистологическая и бактериологическая лаборатории. Вместе с приглашенным художником-муляжистом Э.Э. Спорисуом В.Ф. Бургсдорф организывает муляжную мастерскую, и создает музей с большим количеством наглядных пособий. Во время гражданской войны консультирует в окружном госпитале заболевших бойцов Красной Армии. После призыва сотрудников кафедры, он длительное время один с фельдшерницей С.А.Колокольниковой ведет всю клинику, выполняя функции ординаторов, ассистентов, принимая все меры по поддержанию клиники на высоком уровне. В 1927г. ввиду расстроенного здоровья и рекомендаций о смене климата, В.Ф. Бургсдорф покидает пост заведующего кафедрой и переезжает в Тифлис, где поступает на кафедру кожных и венерических болезней и продолжает преподавание до своей смерти. Ведется переписка с Тбилисским медицинским университетом по изучению неизвестных фактов биографии казанского ученого-дерматовенеролога.

## **БИОЭТИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ ПРОЕКТА "ГЕНОМ ЧЕЛОВЕКА"**

**Усова Н. Э.**

**Казанский государственный медицинский университет  
Научный руководитель – д.м.н., проф. Абросимова М.Ю.**

Цель: Выявить основные биоэтические проблемы проекта «Геном человека».

Задачи: Изучить общественное мнение по этическим вопросам проекта. Изучить нормативно правовые акты, касающиеся проекта. Оценить соответствие нормативно правовых актов ожиданиям общественности.

Методы: библиографический, аналитический.

Проблема изучения и изменения генома человека уже долгое время вызывает споры в обществе. Сторонники находят в расшифровке генома ключ к лечению многих заболеваний, улучшению качества медицинского обслуживания и жизни человека. Противники же настаивают на опасности расслоения общества по генетическому признаку, возникновения множества генетических мутаций, применения технологии для создания «идеального человека». По данному Фонда «Общественное мнение» сторонники вмешательства в гены человека видят в этом перспективу излечения заболеваний, врожденных пороков, а так же верят в возможности современной науки совершить прогресс, тогда как противники руководствуются политикой невмешательства, утверждая, что изучение генома принесет больше вреда, чем пользы. Очень небольшой процент опрошенных считают, что расшифровка и изменение генома приведет к появлению неравенства в обществе, что это нарушает права человека. Этические вопросы в отношении расшифровки генома поднимает Декларация о проекте «Геном человека», принятая Всемирной медицинской ассамблеей в сентябре 1992 года в Испании. Основными проблемами в декларации выделяют конфликт между принципом анонимности и необходимостью научного сотрудничества, дискриминацию при медицинском страховании и устройству на работу, угрозу евгеники и применение генетической информации в немедицинских целях. Проблемы, поднимаемые в Декларации, соответствуют опасениям общественности, но лишь частично. Вера в «разумность природы» и «замысел Божий» являются аргументами основной массы противников вмешательства в геном человека.

Вывод: Для преодоления всех разногласий по проекту «Геном человека» не достаточно выполнить рекомендации по предотвращению дискриминации людей приведенными в Декларации, необходимо так же сформировать понимание генетических проблем у граждан.

## **ПРОФЕССОР Л.А. ПОЦЕЛУЕВА – ЗАСЛУЖЕННЫЙ ДЕЯТЕЛЬ НАУКИ РЕСПУБЛИКИ ТАТАРСТАН**

**Юманова Д.Н.**

**Казанский государственный медицинский университет  
Научные руководители – к.фарм.н., доц. Меркурьева Г.Ю., д.фарм.н., доц. Камаева С.С.**

Профессор Л.А. Поцелуева внесла значительный вклад в становление фармации в Татарстане. Страницы её жизни заслуживают признания и почёта.

Людмила Александровна Поцелуева родилась 7 января 1947 года в г. Сортавала Карело-Финской ССР (ныне Республика Карелия). В 1965 году с отличием окончила Казанское фармацевтическое училище, а в 1970 году, также с отличием, Московский медицинский институт им. И.М. Сеченова.

Преподавательскую деятельность начала с Казанского фармацевтического училища. С 1972 года по 1977 год работала старшим инженером и руководителем группы в Центральной заводской лаборатории ПО «Татхимфармпрепараты». В 1975 году ею была выполнена кандидатская диссертация на тему «Биологическая активность некоторых гидразидов бензойной кислоты» на соискание степени кандидата биологических наук. В 1977 году Л.А. Поцелуева организовала преподавание дисциплины технологии лекарств на созданном фармацевтическом факультете КГМИ. В 1982 году стала организатором кафедры технологии лекарств, и с момента основания до 2013 года занимала должность заведующего кафедрой.

5 мая 1992 года защитила диссертацию на соискание ученой степени доктора наук в НИИ фармации (г. Москва). Её работа была признана лучшей за 1992 год по специальности 15.00.01 «Технология лекарств и организация фармацевтического дела».

Людмила Александровна – участник разработки и изучения препарата бактериальной рибонуклеазы для инъекций, предложенного в качестве антирабического средства, за внедрение которого в практику группа учёных была удостоена премии Совета Министров СССР в 1987 г.. Она многократно была участником отечественных и международных научных симпозиумов и конференций. В 2000 г. ей присвоено звание «Заслуженный деятель науки Республики Татарстан», а в 2007 г. - «Заслуженный работник высшей школы Российской Федерации»

Л.А. Поцелуева является автором около 300 публикаций, в том числе 7 патентов и авторских издательств, а также 10 заявок на изобретение.

## **ЖИЗНЬ И НАУЧНАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ ПРОФЕССОРА МИХЕЕВА Н.А.**

**Зудина В.К.**

**Казанский государственный медицинский университет  
Научный руководитель – д.м.н., проф. Залялютдинова Л.Н.**

Короткой и яркой была жизнь профессора-фармаколога Николая Антоновича Михеева.

Он родился в 1902 году в Астрахани. В годы учебы в Астраханском медицинском институте с 1922 по 1927 год работал препаратормом, а после окончания института – старшим ассистентом на кафедре фармакологии.

С 1931-1932 вёл курс нормальной физиологии в Дальневосточном государственном медицинском институте в Хабаровске. В 1932 году в ДВГМИ была организована кафедра фармакологии, которую возглавил доцент Михеев Н.А. Он по праву считается основателем этой кафедры.

В 1932 году Николай Антонович заведовал дневным факультетом и учебной частью этого института. Был учёным секретарём и деканом института, заместителем директора по научно-учебной части. В 1932 году Н.А. Михеев организовал фармацевтический техникум, которым руководил до конца 1933 года и возглавлял ещё кафедру санитарно-химической обороны.

23 сентября 1935 года в Ленинградском филиале Всесоюзного института экспериментальной медицины Н.А. Михеев защитил диссертацию на соискание ученой степени доктора медицинских наук на тему: «Новые данные о действии камфары на сердце и сосуды». Н.А. Михеев в Ленинграде в лаборатории В.В. Савича опытами на изолированном сердце лягушки с сохранёнными нервами показал, «что при воздействии камфары раздражение симпатического нерва вызывает более интенсивное освобождение медиатора. Таким образом, камфара повышает эффективность центральных импульсов,

поступающих к сердцу по усиливающему симпатическому нерву, и тем самым обеспечивает оптимальную регуляцию сердечной деятельности». В 1935 году Н.А. Михееву было присвоено ученое звание профессора, а в 1939 году он переехал в Казань. С сентября 1939 по 1941 год он заведовал кафедрой фармакологии и был деканом педиатрического факультета Казанского государственного медицинского института. В Казани Михеев Н.А. продолжил преподавательскую и научную деятельность. Николай Антонович - автор 22 научных трудов.

После смерти профессора Н.А. Михеева в 1941 году кафедрой фармакологии КГМИ стала заведовать доцент Мария Александровна Алуф.

#### **АКАДЕМИК С.В. АНИЧКОВ. ОТ СТУДЕНЧЕСТВА К ВЕРШИНАМ ФАРМАКОЛОГИИ.**

**Идрисова А.Р.**

**Казанский государственный медицинский университет**

**Научный руководитель – к.м.н., доц. Овчинникова А.Г.**

Многие великие ученые нашей страны начинали научно-исследовательскую деятельность в Казани. Одним из них был Сергей Викторович Аничков, формирование которого как ученого проходило в стенах нашего университета 100 лет назад.

Сергей Викторович родился 20 сентября 1892 года в Санкт-Петербурге. Успешно учился в гимназии, вел кружок самообразования для рабочих. В 1909 году он поступил в Военно-медицинскую академию. Общение с И.П. Павловым, первые экспериментальные работы под руководством доцента В.Н. Болдырева, знакомство с профессором Н.П. Кравковым дали возможность любознательному студенту приобщиться к науке. Его первая исследовательская работа «К вопросу о действии стрихнина на лягушку» была напечатана в 1912 году в Известиях Военно-медицинской академии. За участие в подготовке первомайской демонстрации Аничкова исключили из вуза. Местом ссылки он выбирает Казань, где работает на кафедре патологической анатомии у профессора Ф.Я. Чистовича и факультативно посещает университет. С осени 1913 года, С.В. Аничков уже студент 4 курса медицинского факультета Казанского университета, получил возможность заниматься экспериментальной фармакологией под руководством В.Н. Болдырева. Он даже проводил опыты на себе. Труд молодого исследователя «О периодической деятельности пищеварительного тракта у человека» в 1914 году был опубликован в Казанском медицинском журнале.

Уже в 32 года С.В. Аничков стал заведующим кафедрой фармакологии Военно-медицинской академии. В 1948 году ученый назначен заведующим отделом фармакологии Института экспериментальной медицины Академии медицинских наук СССР, который в настоящий момент носит его имя. Мировое признание получили исследования С.В. Аничкова в области хеморецепции сосудов, фармакологии центральных холиноблокаторов, регуляции трофических процессов. На основе целенаправленного синтеза совместно с химиками было разработано и внедрено более 10 препаратов. Академик С.В. Аничков был одним из организаторов Международного общества фармакологов и длительное время его почетным президентом. В апреле 1981 года он в последний раз выступил на научной конференции в Риге. Свою речь ученый закончил такими словами: «Я прожил очень долгую жизнь, и очень долгую жизнь в науке. Я имел дело со многими научными сотрудниками. Я был счастлив в своих коллективах».

#### **ИСТОРИЯ СТУДЕНЧЕСКОГО НАУЧНОГО КРУЖКА КАФЕДРЫ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОЙ ТЕХНОЛОГИИ КГМУ**

**Дудкова Е.А., Хамитова Г.Р.**

**Казанский государственный медицинский университет**

**Научные руководители – к.фарм.н., доц. Меркурьева Г.Ю., д.фарм.н., доц. Камаева С.С.**

В 2014 году кафедре фармацевтической технологии исполняется 37 лет. Кафедрой подготовлено за эти годы не одно поколение квалифицированных специалистов. Формирование творческих способностей студентов стало возможным благодаря их активной работе в студенческом научном кружке (СНК), который берет свое начало практически с первых лет существования кафедры. Студенческие исследования в первое время проводились под руководством Поцелуевой Л.А., а с 1982 по 1990 год студенческий научный кружок кафедры возглавил молодой преподаватель Куприянов-Ашин Э.Г.. В это время группа студентов проводила исследования по изучению бактериальной РНКазы. Далее до 1998г. руководство кружком осуществлял ассистент Чабаненко (Кадырова) Е.А., позднее студенческий кружок кафедры возглавляли доцент Насыбуллина Н.М. (1998-2005), ассистент Егошина (Красильникова) Ю.А. (2005-2009), с 2009 г. - доцент Меркурьева Г.Ю. Все более разноплановыми становились и направления исследовательских работ студентов. Они были посвящены как созданию новых лекарственных препаратов с различной фармакологической активностью, так и совершенствованию технологии экстенпоральной рецептуры аптек. Ряд работ был выполнен по заказу аптечных учреждений и ОАО «Татхимфармпрепараты». Завершались исследования защитой студентами дипломных работ.

Студенты с первых лет работы СНК кафедры принимали активное участие в работе студенческих научных конференций, проводимых Казанским медицинским институтом, а позднее университетом, а также другими ВУЗами страны. Примечательно, что ряд студентов занимали призовые места не только на внутривузовских конференциях, но и удавались призовые места на иногородних конференциях.

Студенты, прошедшие школу научного кружка кафедры, успешно защитили впоследствии кандидатские и докторские диссертации (профессор КГМУ Егорова С.Н., сотрудник ОАО «Татхимфармпрепараты» Василькин Д.А., Егорова Е.В.), а также активно используют приобретенный опыт в практической работе в области фармации.

#### **ОБРАЗ ИДЕАЛЬНОГО ВРАЧА С ТОЧКИ ЗРЕНИЯ ЭТИКИ**

**Павлова Л.О.**

**Казанский государственный медицинский университет**

**Научный руководитель – д.м.н., проф. Абросимова М.Ю.**

Авторитет врача имеет большое значение в установлении оптимального психологического контакта с пациентом и доверительных отношений, которые так важны для проведения эффективного лечения. Доверие к врачу – это динамическое, положительное отношение больного, когда больной видит, что врач имеет не только способности, но и желание помочь ему наилучшим способом, что является результатом высокого врачебного профессионализма, культуры и нравственных качеств. Такие личностные качества врача, как гармоничность, спокойствие и уверенность, сопровождающиеся человеческим участием и деликатностью помогут в исполнении своего профессионального долга. Пациент в значительно большей степени восприимчив к различного рода внушающим влияниям. Даже неосторожный жест врача может вызвать у больного искаженное представление о тяжести заболевания, а ободряющее слово – вселить веру в выздоровление. Как писал Бехтерев «Если после



разговора с врачом больному не стало легче, то это не врач». Образ идеального врача обязательно включает в себя такие качества, как благородство души, простота в общении, обязательность и целеустремленность, любовь к своему делу, принципиальность, честь, сочувствие, но твердость характера, терпение, бескорыстность, мудрость и доброта. Также немаловажен внешний вид врача, его тембр голоса и его поведение. Авторитет любого специалиста всегда выигрывает, если он не боится ответственности. Наивысшего успеха человек достигает тогда, когда подает хороший пример. Никто не должен давать другим советов, которым он сам не следует, ведь личный пример врача действует сильнее, чем проповедь. В заключении, одним из основополагающих качеств врача является умение исправлять свои ошибки. Авторитет во многом выигрывает, если своевременно признаются, исправляются и не повторяются ошибки, ведь осознание своей ошибки – одно из главных средств самовоспитания.

#### **КАФЕДРА ГОСПИТАЛЬНОЙ ПЕДИАТРИИ С КУРСАМИ ПДО И ПП КГМУ: ПРОШЛОЕ, НАСТОЯЩЕЕ И БУДУЩЕЕ**

**Абдреева Г.Т., Шайхутдинова А.А.**  
**Казанский государственный медицинский университет**  
**Научный руководитель – д.м.н., проф. Фазлеева Л.К.**

На кафедре госпитальной педиатрии прививают нам клиническое мышление, ближе знакомимся с возможностями и требованиями практического здравоохранения. Кафедра формировалась исторически.

В числе четырех факультетов Казанского университета, основанного в 1814 г., был и медицинский под названием «Отделение врачебных наук». В 1875 г. на этой базе была образована кафедра педиатрии. Первым руководителем кафедры был профессор Николай Александрович Толмачев, с этого момента началось становление научной педиатрии в Казани.

В 1893 г. заведовать кафедрой детских болезней университета был приглашен первый профессор-педиатр Петр Михайлович Аргутинский – Долгоруков. После смерти П.М.Аргутинского, с 1912 г. проф. Виктор Константинович Меньшиков возглавил кафедру с клиникой и начал читать полный курс лекций по детским болезням с инфекциями. В 1930-м году медицинский факультет Казанского университета был выделен в самостоятельный медицинский институт, а в 1934-м году был создан педиатрический факультет и кафедра педиатрии, которую возглавил проф. Ефим Моисеевич Лепский, первый декан факультета.

В 1952 году заведующим стал профессор Евгений Николаевич Караваев. Кафедра продолжала изучение проблем рахита, возрастных особенностей реактивности больных детей.

С 1962 года кафедрой госпитальной педиатрии руководит профессор Хамидуллина Абруй Хусаиновна. На кафедре разворачиваются комплексные исследования по изучению реактивности детского организма в норме и патологии, аллергии в возрастном аспекте.

С 1978 по 1986 г. кафедрой заведовала проф. Нина Алексеевна Романова. Кафедра работала в тесном контакте с МЗ РТ, сотрудники кафедры работали главными внештатными специалистами МЗ РТ по неонатологии, детской пульмонологии, аллергологии, нефрологии.

С 1986 года кафедру возглавляет профессор Булатов Владимир Петрович. Под его руководством выполнено 3 докторские и 24 кандидатские диссертации. Кафедра представлена 7 докторами наук, в настоящее время на кафедре выполняются более 10 научных исследований, аспирантами становятся активные участники СНК, с ними также связано будущее кафедры.

#### **ВЫДАЮЩИЕСЯ ПРОФЕССОРА КАЗАНСКОЙ ГИГИЕНИЧЕСКОЙ ШКОЛЫ** **Соломанина Ю.С.**

**Казанский государственный медицинский университет**  
**Научный руководитель – д.м.н., проф. Иванов А.В.**

Владимир Павлович Камчатнов – один из выдающихся ученых казанской школы гигиенистов. В 1961 году, после восстановления санитарно-гигиенического факультета, внес огромный вклад в его формирование, принимал активное участие в подготовке специалистов, профессорско-преподавательского состава, учебно-методической базы. В.П. Камчатнов заведовал кафедрой гигиены труда и имел звание «Заслуженный деятель науки ТАССР». Ему принадлежат более 90 научных работ, 2 монографии. Итоги исследования В.П. Камчатнова по вопросам гигиены труда в производстве кинофотопленки послужили обоснованием введения в СССР 6-часового рабочего дня и льготных пенсий для работающих в условиях темноты. Диапазон научных исследований, проводимых Владимиром Павловичем и его учениками, чрезвычайно широк и охватывает основные отрасли промышленности РТ: химическую, кожевенную, валяльно-войлочную, ткацкую, машиностроение. В.П. Камчатнов был активным участником общественной жизни института, города, Республики. Являлся членом Ученого Совета Казанского государственного медицинского института, института охраны Труда ВЦСПС г.Казани, членом аттестационной комиссии при министерстве здравоохранения РТ, избирался депутатом районного Совета. С 1969 г. Владимир Павлович был председателем Татарского отделения Всероссийского общества гигиенистов и санитарных врачей, членом редакционного совета «Казанского медицинского журнала». Профессор всегда с особой любовью относился к студентам и находил отклик в их сердцах, поддерживал научный потенциал молодых ученых. Под руководством В.П. Камчатнова подготовлено более 25 кандидатских диссертаций. При его поддержке получили дорогу в жизнь многие видные научные деятели: Н.Х. Амиров, В.Г. Ковязин – первый токсиколог по гигиене труда, Н.Н. Горхов и другие. С именем В.П. Камчатнова связаны первые хозяйственно-договорные работы. Владимир Павлович отличался особым трудолюбием и трепетным отношением к своему делу. После ухода на заслуженный отдых В.П. Камчатнов продолжал работать на кафедре в должности профессора-консультанта и только летом 1985 года, в связи с ухудшением состояния здоровья, вызванным последствиями фронтовых ранений и контузии, вынужден был покинуть стены института, навсегда оставшись в памяти многих поколений студентов, выпускников и сотрудников.

#### **К 140-ЛЕТИЮ ВЫДАЮЩЕГОСЯ ПРЕДСТАВИТЕЛЯ КАЗАНСКОЙ ШКОЛЫ ПЕДИАТРОВ** **ВИКТОРА КОНСТАНТИНОВИЧА МЕНЬШИКОВА**

**Ковальчук А.А., Мамяшева Д.Ш.**  
**Казанский государственный медицинский университет**  
**Научный руководитель – к.м.н., доц. Самороднова Е.А.**

Виктор Константинович Меньшиков родился 30 декабря 1874 г. в семье потомственного священника в селе Пановка Лаишевского уезда Казанской губернии. Среднее образование получил во 2-й казанской мужской гимназии, высшее образование завершил в 1898 г. на медицинском факультете Казанского университета. В сентябре 1902 г. он избирается

ассистентом детской клиники и одновременно приступает к исследованиям в бактериологическом институте у проф. И.Г. Савченко по изучению кори. Результатом этой работы стала докторская диссертация «К бактериологии кори», защищенная в 1906 г. В апреле 1912 г. медицинский факультет избрал его профессором на кафедру детских болезней, которой он заведовал до своей смерти в 1945 г. (за исключением 1918-1919 гг.).

Виктор Константинович опубликовано 32 научных труда. Первые его исследования были посвящены бактериологии детских инфекционных болезней (корь, скарлатина, коклюш). Цикл исследований он святил вопросам диететики и расстройств питания у детей раннего возраста, провел экспериментально-клиническое исследование по проблеме вскармливания грудных детей пахтанием, опубликовав их в немецких журналах. В 1912 г. Меньшиков выступил на 1 Всероссийском съезде детских врачей с программным докладом «Диетическое лечение расстройств питания в грудном возрасте», а в 1927 г. - на 1 съезде детских врачей с докладом «Питание при острых инфекциях». В последующие годы профессор большое внимание уделял вопросам диетотерапии при различных заболеваниях, а также углубленно изучал проблему ревматизма у детей.

Виктор Константинович Меньшиков был одним из организаторов и активных участников Казанского общества борьбы с детской смертностью (1909). С 1921 по 1922 г. был заместителем декана медицинского факультета, с 1922 по 1925 гг. - председателем клинического Хозяйственного совета.

За заслуги перед Отечеством награжден Орденом Красной Звезды (1945) и получил звание заслуженного деятеля науки ТАССР (1945), а детская клиника, в которой он проработал более 40 лет, носит его имя.

## **КОНСТИТУЦИЯ ДЛЯ ГРАЖДАНИНА РФ ПРАВО НА БЕСПЛАТНУЮ ПОМОЩЬ**

**Ключкина М.С.**

**Казанский государственный медицинский университет**

**Научный руководитель – к.м.н., ст. преп. кафедры Смирнова О.М.**

Статья 41 конституции РФ включает в себя 3 части. 1. Каждый имеет право на охрану здоровья и медицинскую помощь. Медицинская помощь в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения оказывается гражданам бесплатно за счет средств соответствующего бюджета, страховых взносов, других поступлений. 2. В Российской Федерации финансируются федеральные программы охраны и укрепления здоровья населения, принимаются меры по развитию государственной, муниципальной, частной систем здравоохранения, поощряется деятельность, способствующая укреплению здоровья человека, развитию физической культуры и спорта, экологическому и санитарно-эпидемиологическому благополучию. 3. Сокрытие должностными лицами фактов и обстоятельств, создающих угрозу для жизни и здоровья людей, влечет за собой ответственность в соответствии с федеральным законом. Медицинская помощь включает профилактическую, лечебно-диагностическую, реабилитационную, протезно-ортопедическую и зубопротезную помощь, а также меры социального характера по уходу за больными, нетрудоспособными и инвалидами, включая выплату пособий по временной нетрудоспособности. В них содержатся правовые основы организации охраны здоровья, определяются права граждан и их гарантии, обязанности и ответственность медико-социальных учреждений. Право граждан на охрану здоровья обеспечивается охраной окружающей природной среды, созданием благоприятных условий труда, быта, отдыха, воспитания и обучения граждан, производством и реализацией доброкачественных продуктов питания, а также предоставлением населению доступной медико-социальной помощи. Государство обеспечивает гражданам охрану здоровья независимо от пола, расы, национальности, языка, социального происхождения, должностного положения, места жительства, отношения к религии, убеждений, принадлежности к общественным объединениям. Государство гарантирует гражданам защиту от любых форм дискриминации, обусловленной наличием у них каких-либо заболеваний. Лица, виновные в нарушении этого положения, несут ответственность в соответствии со ст.17 Основ законодательства об охране здоровья граждан. Гарантированный объем бесплатной медицинской помощи гражданам обеспечивается в соответствии с программами обязательного медицинского страхования.

## **КАФЕДРЕ ЭКОНОМИЧЕСКОЙ ТЕОРИИ И СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЫ - 70 ЛЕТ!**

**Кузнецова Ю.**

**Казанский государственный медицинский университет**

**Научный руководитель – к.соц.н., ст. преп. Утеева Э.Н.**

История кафедры богата как сменой названий, так и изменением состава сотрудников.

Кафедра политической экономики была создана в 1944 году.

Сегодня название кафедры – кафедра экономической теории и социальной работы.

Заведующими кафедры были:

1944 – 1960 – к. экон. н., Иван Илларионович Палагин;

1972 – 1986 – к. экон. н., доцент Рашит Салимович Мадьяров;

1986 – 1996 – к. экон. н., доцент Андрей Андреевич Евстратов;

1996 – 1988 – д. экон. н., доцент Галина Викторовна Морозова;

с 1998 – по настоящее время д. экон. н. Маргарита Николаевна Максимова.

Занятия и учебно-производственная практика проходят не только в учебных зданиях университета, но и в учреждениях и организациях всех социальных министерств Республики Татарстан и Российской Федерации.

На кафедре регулярно проводят в различных формах учебные занятия, консультации ученые, практики и специалисты из зарубежных стран со студентами, преподавателями, практическими работниками социального обслуживания, социального обеспечения, социальной защиты, занятости, пенсионного обеспечения, здравоохранения г. Казани, Республики Татарстан.

Базами производственной практики являются учреждения и организации Министерства труда, занятости и социальной защиты РТ, Министерства здравоохранения РТ, Отделения пенсионного фонда РФ по РТ, Министерства по делам молодежи, спорту и туризму РТ, Министерства образования РТ, Федерального казенного учреждения «Главное бюро медико-социальной экспертизы по РТ»; Центр экономических и социальных исследований РТ при Кабинете Министров РТ, Общество Красного креста и Красного полумесяца, Управление исправления наказаний Министерства юстиции РФ, Ассоциация социально-общественных организаций инвалидов РТ, Татарское республиканское правление Всероссийского общества глухих, Татарское республиканское правление Всероссийского общества слепых, НКО, общественные организации и др.

## **ДИАГНОСТИКА КОНТРАКТУРЫ ДЮПЮИТРЕНА ПО ДАННЫМ <sup>1</sup>H-ЯМР СПЕКТРОСКОПИИ**

**Абдул Джабар А.Г.**

**Казанский государственный медицинский университет  
Научный руководитель – к.м.н., асс. Осмоналиев И.Ж.**

Контрактура Дюпюитрена - хроническое прогрессирующее рубцовое перерождение ладонного апоневроза, сопровождающееся сгибательной контрактурой пальцев кисти. Бо-лезнь Дюпюитрена составляет 20% от всех заболеваний кисти у людей старше 65 лет.

Очевидно, что назрела необходимость принципиального изменения в диагностике контрактура Дюпюитрена. В нашем исследовании исходили из генеза контрактуры Дюпюитрена, относительной простоты их определения и возможности идентификации по данным биохимического анализа *in vivo*, что представляется возможным при использовании спектроскопии.

Цель исследования: диагностика поражения ладонного апоневроза при контрактуре Дюпюитрена методом <sup>1</sup>H-ЯМР спектроскопией высокого разрешения.

Материалы и методы исследования:

Объект исследования: 21 пациентов с контрактурой Дюпюитрена (возраст 30 - 60 лет), контрольная группа - 7 клинически здоровых человека возраст 29 - 45 лет, из них 24 мужчин и 4 женщин: степень - количество человек: I - 7, II - 7, III - 7.

Использовали МР - томограф Vantage (Exelart) с напряженностью магнитного поля 1,5 Т, катушку NV SPDR 7ch Head. Зона исследования - область дистальной ладонной склад-ки кисти, в проекции продольного тяжа ладонного апоневроза к пальцу.

Результаты исследований и их обсуждение.

При исследовании взаимосвязи измеряемого параметра с идентификацией контракту-ры Дюпюитрена в наших исследованиях значимые результаты получены при применении дискриминантного анализа.

Регистрация *in vivo* химического состава зоны интереса ладонный апоневроз является наиболее адекватным в плане неинвазивной диагностики контрактуры Дюпюитрена.

Одним из регистрируемых параметров в ЯМР спектроскопии *in vivo*, доступным не-посредственно из вида спектра, является T2\* (секунда).

Очевидно, что конечной задачей всякого медицинского исследования является его прикладное значение в медицине.

Дискриминантный анализ позволил идентифицировать контрактуру Дюпюитрена по данным <sup>1</sup>H-ЯМР спектроскопии. Получено уравнение -  $3,373 + 0,242 \cdot T2^*$

Выводы:

Неинвазивная идентификация контрактуры Дюпюитрена по значению <sup>1</sup>H-ЯМР - релаксации T2\* возможна в 64% случаев.

## **БИОГРАФИЯ И НАУЧНЫЕ ТРУДЫ ГОРЯЕВА НИКОЛАЯ КОНСТАНТИНОВИЧА (1875-1943)**

**Файзуллина Р.Р.**

**Казанский государственный медицинский университет  
Научный руководитель – к.м.н., асс. Халфина Т.Н.**

Профессор Николай Константинович Горяев является одним из основателей терапевтической школы начала XX века.

Николай Константинович Горяев стал крупным клиницистом-гематологом не случайно, в нем сочетались природный склад ума, особенности его увлекающейся натуры и, несомненно, способность работать целеустремленно и с большим напряжением.

Профессор Н.К. Горяев оставил незабываемый след в медицинской науке и, прежде всего, в области гематологии. Он по праву считается одним из пионеров ее развития в России и не без основания широко известен как крупный клиницист-гематолог не только в Советском Союзе, но и в зарубежных странах.

Заслуги ученого:

- разработка метода и техники гематологического анализа;
- В числе первых в России стал пропагандировать повсеместное исследование анализов крови,
- стремился сделать этот метод общедоступным, доказать его значение и полноту среди прочих методов клинических наблюдений над больными .

• Начинает сложную работу по составлению гематологических таблиц, совместно с художником университета Э.Э. Спорисуом

•организация службы переливания крови. Он становится руководителем станции переливания крови с самого ее основания.

• Н.К.Горяев дал сравнительную оценку существовавшим счетным камерам для количественного подсчета форменных элементов крови, предложил изобретенную им более совершенную сетку для камеры.

## **К ЮБИЛЕЮ КАФЕДРЫ ОБЩЕЙ ГИГИЕНЫ С КУРСОМ РАДИАЦИОННОЙ ГИГИЕНЫ КГМУ: БИОГРАФИЯ ПРОФ. А.Т. ГОНЧАРОВА**

**Мавлютова Р.А.**

**Казанский государственный медицинский университет  
Научный руководитель – к.м.н., доц. Чупрун В.Ф.**

Развитие и совершенствование кафедры общей гигиены и экологии с курсом радиационной и военной гигиены неразрывно связано с именем Анатолия Титовича Гончарова (1923 - 1997). Автор 62 печатных работ по вопросам гигиены, руководитель подготовки 4 кандидатских диссертаций и одной докторской работы. В 1953 году окончил с отличием курс санитарно-гигиенического факультета Казанского государственного медицинского института. Под руководством проф. В.В. Милославского изучал роль хрома в генезе эндемического зоба - открытая проблема и до настоящего времени.

В своих научных исследованиях он впервые среди гигиенистов страны применяет метод спектрального определения микроколичеств химических элементов в пищевых продуктах, почве, воде; впервые в Казани им используются радиоактивные изотопы йода, хрома в экспериментах на лабораторных животных.

Докторская диссертация А.Т. Гончарова "Роль хрома в питании" (1981) также тесно связана с проблемой эндемического зоба.

В начале 80-х годов кафедра приступила к изучению новой проблемы гигиены студентов под его руководством.

По праву можно сказать, что А.Т.Гончаров является блестящим организатором, эрудированным, всесторонним ученым, неутомимым тружеником, достойным преемником выдающегося ученого-гигиениста В.В. Милославского.

## **Н.А. ВИНОГРАДОВ: "ЛЮБОВЬ, МИЛОСЕРДИЕ, ИСКУССТВО"**

**Хикматуллина Л.И.**

**Казанский государственный медицинский университет  
Научный руководитель – к.м.н., асс. Шамсутдинова Н.Г.**

«Золотой век» развития терапевтической школы в Казани берет свое начало с приходом на службу профессора Виноградова Николая Александровича, который являлся заведующий кафедрой частной патологии и факультетской терапии.

Н.А. Виноградов родился в 1831 году в селе Выкса Ардаатовского уезда Нижегородской губернии в семье священника.

В 1851 году поступил в Московский университет на медицинский факультет. В 1855 г. выпускник медицинского факультета Московского университета Н.А. Виноградов направлен врачом в 1-й сапёрный батальон в Польшу. В 1860-1861 г. он прикомандирован к терапевтической клинике Петербургской хирургической академии, где поступил ординатором в терапевтическую клинику. После окончания ординатуры начал изучать вопросы патогенеза сахарного диабета, опубликован труд «О сущности сахарного мочеизнурения»

10 февраля 1863 года Н.А. Виноградов избран экстраординарным профессором кафедры частной патологии и терапии Казанского университета.

Н.А. Виноградов обладал глубокими знаниями терапевтических дисциплин и новейших достижений медицинской науки в Европе и России. С первых дней работы он инициировал множество проектов и предложений по внедрению своих идей. В первый год своей работы он представил на рассмотрение программу пропедевтики внутренних болезней, новым в которой явилось разделение преподавания предмета на теоретическую и практическую (у постели больного) части. Он основал одну из первых в России и первую в Казани клиническую лабораторию, ввел термометрию, как необходимый метод обследования больных. Внедрил патологоанатомические вскрытия, без которых диагноз считал неполным.

Современники Н.А. Виноградова отмечали, что его девизом у постели больного было: «Любовь, милосердие, искусство»

1868 г. Н.А. Виноградов был деканом медицинского факультета, являлся организатором и первым председателем общества врачей г. Казани.

Умер Виноградов 1 января 1886 г. от воспаления легких. После смерти Николай Андреевич в память о добром отношении и любви к студентам капитал и дом, в котором он жил, его вдова пожертвовала для нужд студентов (была открыта столовая для студентов). Творческие и научные идеи Н.А. Виноградова воплощены в деятельности его учеников.

## **ОСНОВАТЕЛЬ РОССИЙСКОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ШКОЛЫ Н.В. СКЛИФОВСКИЙ (1836-1904): ОДЕССКИЙ ПЕРИОД ЖИЗНИ И ДЕЯТЕЛЬНОСТИ**

**Голубова Н.А.**

**Одесский государственный медицинский университет  
Научный руководитель – д.м.н., проф. Васильев К.К.**

Современная оперативная гинекология берет начало с овариотомии – хирургической операции удаления кистозной опухоли яичника. Целью данного сообщения является освещение первого, то есть одесского, периода жизни и деятельности Николая Васильевича Склифосовского. Именно тогда – 150 лет тому назад – им была произведена успешная полная овариотомия, которая стала первой в Одессе и одной из первых в Российской империи. Родился он недалеко от Одессы – на хуторке близ Дубоссар в Херсонской губернии, среднее образование он получал в Одессе, а высшее в Московском университете, который окончил в 1859 г. Последующие одиннадцать лет – одесский период деятельности Склифосовского. 22.10. 1864 г. он произвел первую успешную полную овариотомию на юге Российского государства (в Одессе). Вторая овариотомия и также со счастливым исходом была произведена Склифосовским 24.06. 1865 г. В следующем году он получил командировку за границу для усовершенствования. Он специально поехал в Соединенное Королевство – в ту эпоху тамошние доктора лидировали в производстве овариотомии. Среди тогдашних овариотомистов выделялся лондонский гинеколог Т.-С. Уэльс (1818–1897), которого теперь называют одним из основоположников оперативной гинекологии. Склифосовский был не только в Лондоне у доктора Уэльса, но заехал и в Эдинбург к Дж. Симпсону (1811-1870). В те годы в Европе гинекологические операции проводили под хлороформным наркозом, который ввел в медицину как раз эдинбургский гинеколог (в 1847 г.), и это заставило Склифосовского побывать у него. По возвращении в Одессу Склифосовский делает две овариотомии (11.11 и 7.12 1867 г.) и обе с благоприятным исходом, а в 1870 г. Склифосовский возглавил кафедру в университете Святого Владимира в Киеве. Итак, в 1870 г. закончился одесский период жизни и деятельности Н.В. Склифосовского. Здесь он сложился как блестящий оператор. Здесь им были произведены первые успешные полные овариотомии. Закономерен был его переезд в университетский город, где он занял кафедру, и где способности его должны были найти себе более широкое применение.

## **НИКОЛАЙ II: ТРАГЕДИЯ ЛИЧНОСТИ**

**Галиуллина И.Р., Щукина А.В.**

**Казанский государственный медицинский университет  
Научный руководитель – к.и.н., асс. Хохлов А.А.**

Николай II (Николай Александрович Романов) (19.05.1868-17.07.1918) – последний царь Российской Империи, сын Александра III. Отношение к личности Николая II его современниками и историками неоднозначно.

Трагедия жизни Николая II состояла в противоречии между его убеждением хранить основы и традиции России и нигилистическими попытками значительной части образованных слоев страны разрушить их. И речь шла не только о сохранении традиционных форм управления страной, но и спасении русской национальной культуры, которая, как он чувствовал, была в смертельной опасности. Разрушался нравственный стержень человека, высшие слои поддавались западному влиянию и стали вести развратный и непристойный образ жизни и то, что многие века считалось непозволительным, стало вполне возможным и одобряемым.

Многие историки отмечали «двойственность» личности Николая II. Он мог сочетать в себе хладнокровного, жестокого и порой категоричного правителя и в то же время примерного семьянина, любимого отца и мужа. Из писем Николая II своей жене императрице Александре Федоровне ясно, что чистый душой человек, который видит семью своей опорой.

Наше же отношение к личности Императора Николая II будет по возможности непредвзятым и лишь как к исторической личности. Любая власть данная человеку несет за собой груз ответственности. Время Николая II — это не только

период национального подъема, но и время энергичной организации антирусских сил, проникновения их во многие жизненно важные центры России. Воспользовавшись навязанной России войной и трудностями, связанными с нею, внутренние враги России совершили государственный переворот, чем заставили Николая II отречься от престола и провести остаток жизни в заточении. Но и в самой стране среди народа существовали мнения о необходимости революции, и уже вполне давно она назревала и была не беспочвенна, а закончилось все жестокой расправой с царской семьей и приходом к власти большевиков.

#### **К 140-ЛЕТИЮ СО ДНЯ РОЖДЕНИЯ ВЕЛИКОГО УЧЕНОГО-КЛИНИЦИСТА В.Ф. ОРЛОВСКОГО**

**Тагирова Л. Т.**

**Казанский государственный медицинский университет**

**Научный руководитель – к.м.н., асс. Хуснутдинова Л.А., асс. Нуруллина Г.И.**

Витольд Францевич Орловский, поляк по происхождению, прожил большую и яркую жизнь, внес весомый вклад во многие разделы внутренней медицины, стал одной из наиболее выдающихся фигур в польской медицине, однако период становления его как ученого-терапевта пришелся на годы работы в России, в Казанском университете.

В 1896 г. В.Ф. Орловский, окончив с отличием Петербургскую военно-медицинскую академию, был оставлен ординатором у проф. Ф.И. Пастернацкого. Через 4 года Витольд Францевич успешно защитил докторскую диссертацию «К вопросу о бактерицидных и растворяющих мочевую кислоту свойствах уротропина и терапевтическом его применении при циститах» и вскоре был избран приват-доцентом академии, а в мае 1906 г. стал профессором кафедры врачебной диагностики Казанского университета.

В Казань В.Ф. Орловский приехал весной 1907 г.

Особенно ярко талант В.Ф. Орловского как научного работника и клинициста раскрылся после избрания его в 1912 г. заведующим кафедрой госпитальной терапии.

Ученый оснастил клинику новейшим оборудованием. Вокруг него сконцентрировалась группа талантливого молодежи, которая под его руководством проводила научные изыскания в различных областях внутренней патологии.

Из научных исследований, проведенных В.Ф. Орловским в Казани, особую ценность представляют работы, посвященные диагностике некоторых заболеваний, усовершенствованию ряда диагностических методов. На I и II съездах российских терапевтов ученый дал описание типичной клинической картины панкреатита, предложил собственный метод пальпации поджелудочной железы и усовершенствовал методику определения трипсина в желудочном содержимом.

Однако продолжить работу в Казани в советской высшей школе В.Ф. Орловскому не пришлось. В 1918 г. он был избран профессором Краковского университета и уехал в Польшу.

Всего 11 лет проработал Витольд Францевич Орловский в Казанском университете. Здесь он получил известность как талантливый ученый, здесь были заложены основы его педагогического мастерства, здесь он приобрел громадный опыт клинициста. Все это стало живительными источниками его дальнейшей высокополезной деятельности в Польше.

#### **К 180-ЛЕТИЮ ЗДАНИЯ КАЗАНСКОГО АНАТОМИЧЕСКОГО ТЕАТРА. ОТ ИСТОКОВ СТАНОВЛЕНИЯ И ДО НАШИХ ДНЕЙ**

**Якубова А.Ш.**

**Казанский государственный медицинский университет**

**Научный руководитель – к.м.н., доц. Резвяков П.Н.**

Прежде, чем превратиться в то величественное здание, которое является украшением не только университетского комплекса, но и всего города, анатомический театр КГМУ прошел долгий и тернистый путь становления. Первоначально анатомический кабинет помещался в комнатах университетского дома. В 1806 г. – был перемещен в выделенные для него две комнаты Тенишевского дома. К концу 1812 г. анатомический театр разместили в одной из деревянных служб Типографского дома. Осенью 1813 г. был приобретен дворовый участок в первом квартале, в Подлужной слободе, где в 1815 г. в отдельном здании было устроено мацерационное заведение. Но после проведенной в 1819 г. попечителем Магницким ревизии университета, в ходе которой тогдашний анатомический театр был назван «довольно неопрятною избой, постыдной для публичного учебного заведения», а мацерационное заведение – «заводом по добыванию скелетов», последний был закрыт, а анатомический театр был перенесен в главный университетский корпус рядом со столовой и студенческой больницей. В 1825 г. для него было временно приспособлено находившееся в ботаническом саду небольшое каменное здание литтровской обсерватории. В 1829 г. для размещения анатомического театра был нанят и приспособлен находящийся вблизи университета частный дом Матони, где и оставался до перемещения его в нынешнее специально выстроенное здание.

Его строительство было начато 11 июня 1834 г. и закончено в 1837 г. Архитектор М.П. Коринфский использовал в качестве прообраза проект первого в мире анатомического театра, построенного в 1499 году в Падуе, который не сохранился до наших дней.

С 1837 г. в этом здании размещается кафедра анатомии человека Казанского императорского университета, а с 1930 г. – Казанского медицинского института. Первым профессором и заведующим кафедрой в построенном анатомическом театре был А. Аристов, имя которого по сей день носит лекционная аудитория.

Постановлением Совета Министров РСФСР от 30 августа 1960 года за № 1327 здание театра поставлено на государственную охрану как памятник архитектуры.

После реконструкции в 1970 г. на фризе здания появилась латинская надпись «Hic locus est, ubi mors gaudet succurrere vitae».

Анатомический театр в Казани в настоящее время является единственным действующим анатомическим театром в мире.

#### **СОВМЕСТНАЯ РАБОТА МОСКОВСКОЙ И КАЗАНСКОЙ ШКОЛЫ ГИГИЕНИСТОВ**

**Петрова А.А., Слюсарева А.А.**

**Казанский государственный медицинский университет**

**Научный руководитель – д.м.н., проф. Иванов А.В., д.м.н., проф. Королёв А.А.**

Гигиена как самостоятельная научная дисциплина начала развиваться в XIX веке. Первая в России кафедра гигиены была организована в Казани под руководством А.И. Якобия, который добивался выделения гигиены в качестве отдельной дисциплины. Тем не менее Московская школа гигиенистов под предводительством Ф.Ф. Эрисмана была ведущей по многим вопросам гигиены. В Москве работали такие выдающиеся гигиенисты как Сысин А.Н., Рязанов В.А., Черкинский С.Н., А.А. Минх

и др. Многие гигиенисты Казани прошли стажировку при московских кафедрах, поэтому научные работы гигиенистов Казани и Москвы тесно переплетены. Особенно это ярко прослеживается по работе послевоенных лет.

Одним из важных примеров комплексной работы являются исследования по нормированию реагента ВВ-2, многоатомных спиртов, бутилцеллозоля, диспроксамин в воде водоемов. Разработанные нормативы были утверждены на секции по охране водных объектов. Совместные работы: разработка гигиенических нормативов качества питьевой воды и качества воды местных водисточников (СанПин 2.1.4.1175-03). Тесную связь казанская школа гигиенистов поддерживает с институтом экологии человека и гигиены окружающей среды, где ежегодно сотрудники гигиенической кафедры участвуют в научной конференции. Хорошая связь поддерживается между сотрудниками кафедр при подготовке учебно-методических пособий, например, таких как «Санитарная охрана атмосферного воздуха»; «Гигиена лечебно-профилактических учреждений» - А.А. Королев, А.В. Иванов, Е.А. Тафеева (составители).

Ярким примером совместной работы является издание в 2005 году учебника по коммунальной гигиене, где часть разделов написана казанскими учеными.

Сотрудничество двух выдающихся гигиенических школ продолжается и по сей день.

## **БИОГРАФИЯ ПРОФЕССОРА В.В. МИЛОСЛАВСКОГО: К ЮБИЛЕЮ КАФЕДРЫ ОБЩЕЙ ГИГИЕНЫ С КУРСОМ РАДИАЦИОННОЙ ГИГИЕНЫ КГМУ**

**Ахметзянов А.Ш.**

**Казанский государственный медицинский университет  
Научный руководитель – к.м.н., доц. В.Ф. Чупрун**

Из своего полувекового трудового пути В.В. Милославский сорок пять лет отдал кафедре общей гигиены Казанского медицинского института, на которой последовательно работал лаборантом, прозектором, профессором. За это время Валериан Владимирович со своими учениками выполнил свыше 115 научных работ, большинство которых до настоящего времени имеют, кроме теоретического, большое практическое значение. В этих работах были представлены вопросы коммунальной гигиены, гигиены питания, этиологии эндемического зоба, методики лабораторных исследований и многое другое.

Придавая огромное значение делу подготовки квалифицированных кадров, В.В. Милославский первым поднял вопрос о создании в медицинских высших учебных заведениях санитарных факультетов.

Им было подготовлено 6 заведующих кафедрами и 17 кандидатов медицинских и биологических наук. В 1920 г. защитил докторскую диссертацию на тему: "Загрязнение реки Казанки" и в 1923 году утвержден в должности заведующего кафедрой общей гигиены с присвоением звания профессора.

В 1940 г. ему присваивается звание заслуженного деятеля науки ТАССР.

В 1945 г. он награждается Президиумом Верховного Совета СССР орденом Трудового Красного Знамени.

За свою плодотворную деятельность в области здравоохранения, подготовки кадров и медицинской науки В.В. Милославский был награжден орденом Ленина, двумя орденами Трудового Красного Знамени и медалью "За доблестный труд в Великой Отечественной войне 1941-1945 гг."

16 января 1961 года Валериан Владимирович скончался, проработав почти пятьдесят шесть лет на усеянном терниями профилактическом поле. Это был большой ученый гигиенист и вместе с тем простой, скромный, обаятельный человек.

## **К 90-ЛЕТИЮ ВАЛИТОВА СУЛЕЙМАНА АХМЕТ-САФИЧА - ДЕКАНА ПЕДИАТРИЧЕСКОГО ФАКУЛЬТЕТА**

**Газизова Г.М., Антонова А.Ю., Низамова Л.Э.**

**Казанский государственный медицинский университет  
Научный руководитель – к.м.н., доц. Закирова А.М., д.м.н., проф. Клюшкин И.В.**

Родился Сулейман Ахмет-Сафич 18.10.1924 г., в Казани, в большой и дружной семье. Свою профессию выбрал не случайно, он — хирург по призванию. В 18 лет юноша своими глазами увидел грозное и беспощадное лицо войны и смерти, его чуткое и отважное сердце не смогло остаться равнодушным. Он обещал себе, если останется в живых, посвятит себя медицине, обязательно станет хирургом, чтобы спасти жизни и помочь людям. Сулейман Ахмет-Сафич был деканом педиатрического факультета в 1971-1986 г.г. На протяжении 15 лет он ежедневно занимался организацией учебного процесса, вопросами общежитий и проблемами студентов. Вступив на новый пост декана, Сулейман Ахмет-Сафич понял, что для более эффективного и качественного обучения студентам необходимо больше общения с пациентами. А единственной клинической базой по педиатрии была клиника им. Миньшикова. В 1971 г. началось строительство многопрофильной ДРКБ на 1000 коек, с новыми учебными комнатами. Однако не хватало рабочих рук, требовались волонтеры. Главный врач клиники Карпухин Е.В. обратился к декану за помощью, который не остался в стороне. При поддержке ректора профессора Хамитова Х.С. декан принимает решение отправлять на строительство по 2 группы студентов в день, без ущерба для учебы. Ежедневно в течение 4-х лет Сулейман Ахмет-Сафич посещал строительные работы, чтобы приобщить студентов и проконтролировать. Постоянная работа с больными в многопрофильной клинике внесла значительный вклад в практическую подготовку студентов педиатрического факультета, что значительно повысило успеваемость. Такую оценку дали экзаменаторы из других городов на государственной аттестации в 1976 году. Каждый свой день Сулейман Ахмет-Сафич планировал заранее и, благодаря высокой организации, во всем у него был порядок. Распорядок дня декана был такой: в первой половине дня работа с пациентами в хирургическом отделении, а во второй половине дня – неизменно с 15 ч до 17 ч – прием студентов. Дважды в неделю будучи на посту декана лично обязательно посещал общежития. Валитов Сулейман Ахмет-Сафич — декан педиатрического факультета, выдающийся хирург и общественный деятель, основоположник курса анестезиологии и реаниматологии в КГМУ, отличник здравоохранения, участник ВОВ, гордость нашего университета и человек с большой буквы.

## **ЗАЛМАН ИЗРАИЛЕВИЧ МАЛКИН – ВРАЧ, УЧЕНЫЙ, ЧЕЛОВЕК**

**Афандиева Г.З.**

**Казанский государственный медицинский университет  
Научный руководитель – к.м.н., асс. Хуснутдинова Л.А., к.м.н., доц. Бобина Л.К.**

Залман Израилевич Малкин – выдающийся ученый, блестящий лектор и педагог, внимательный и отзывчивый человек, оставивший яркий след в истории казанской терапии.

З.И. Малкин родился в 1897 году в Белоруссии, в большой семье учителя, где был единственным сыном. Семья Малкиных отличалась высокими нравственными принципами, что наложило отпечаток на характер будущего ученого, отношение к профессии.

В 1916 году З.И. Малкин поступил на медицинский факультет Казанского университета. Период его студенчества пришелся на трудные революционные годы; студент Малкин работал помощником в госпитале, читал бойцам лекции о профилактике сыпного тифа. Еще в ординатуре он начал заниматься наукой; проявив себя активным молодым ученым-терапевтом, З.И. Малкин по рекомендации профессора Чебоксарова избирается ассистентом факультетской терапевтической клиники, а впоследствии становится приват-доцентом и доцентом. В этот период ученый защищает докторскую диссертацию на тему «К учению о неспецифической терапии». С 1932 года он руководит кафедрой факультетской терапии, и впоследствии становится профессором терапевтической клиники. Обладая широкой сферой научных интересов, в основном З.И. Малкин занимался проблемами ревматологии и по праву считается основателем казанской ревматологической школы.

З.И. Малкин опубликовал более 100 научных работ, его монография «Терапевтические очерки» явилась результатом многолетних исследований в клинике внутренних болезней. Ученый был удостоен почетного звания «Заслуженный деятель науки ТАССР». Он владел тремя иностранными языками, был известен не только в России.

З.И. Малкин был великолепным практиком. Ежедневно в клинике проводились консультации пациентов, на которых присутствовали лечащие врачи, преподаватели, молодые ученые.

В 1969 году профессор оставил заведование, а в 1973 году вышел на пенсию. В 1980 году Залман Израилевич Малкин скончался.

Сын ученого, Борис Залманович Малкин, профессор-физик, вспоминает об отце: «Он оставил о себе память как о талантливым терапевте-клинисте с громадным опытом, Враче с большой буквы, необычайно трудолюбивом, чутком руководителе, так и о благородном, глубоко порядочном человеке, с высокими моральными принципами».

## **ГЕОРГИЕВСКИЙ КАВАЛЕР В.О. КАППЕЛЬ И ЕГО УЧАСТИЕ В ГРАЖДАНСКОЙ ВОЙНЕ**

**Суриков А.А.**

**Казанский государственный медицинский университет  
Научный руководитель – к.и.н., доц. Фасхутдинова Е.Н.**

В.О. Каппель с 1903 года служил в 54-ом драгунском Новомиргородском полку. Отношения с сослуживцами, личные качества. Награждение орденами Святого Станислава и Святой Анны. Он начал свою службу в Русской армии перед первой Мировой войной. Во время участия в первой мировой войне В.О.Каппель оказался в числе первых с начала войны офицеров, удостоенных награды орденом Святого Георгия. Произведен в капитаны. Разработка самой успешной за всю войну операции Русской армии – Луцкого прорыва («Брусиловский прорыв»). Каппель участвовал в составлении плана «Корниловского выступления». Подполковник В.О.Каппель, наряду со своим непосредственным начальством, попал в число приверженцев старого, монархического строя. 2 октября 1917 года он оставил службу и ушел в отпуск. От Перьми до Самары. В.О.Каппель «повел» армию так удачно, что уже в июне – августе его имя стало греметь по всей Волге, Уралу и Сибири. Бой под Сызранью 11 июня 1918 года. Бой за Казань в августе 1918 года. Благодаря успеху войск Каппеля удалось восстание на Ижевском и Воткинском заводах. По реке Вятке ушли из Камы красные. Во время великого Сибирского Ледяного похода генерал Владимир Оскарович Каппель из – за обморожения обеих ног перенес операцию по ампутации. 26 января 1920 года, на разъезде Утай, около станции Тулун близ города Нижнеудинска, генерал умер от двухстороннего воспаления легких. Его последними словами были: «Пусть войска знают, что я им предан был, что я любил их и своею смертью среди них доказал это».

## **К ЮБИЛЕЮ А.Д. АДО – 105 ЛЕТ СО ДНЯ РОЖДЕНИЯ**

**Усманова А.Р.**

**Казанский государственный медицинский университет  
Научный руководитель – д.м.н., проф. Цибулькина В.Н.**

Андрей Дмитриевич Адо (12.01.1909, Казань – 29.10.1997, Москва), выдающийся ученый России, академик РАМН, лауреат Государственной премии, почетный член научных обществ многих стран. Возглавлял патофизиологическую школу в СССР и был одним из основоположников экспериментальной и клинической аллергологии в нашей стране.

В своих первых экспериментальных исследованиях, будучи студентом, А.Д. Адо проводил физико-химический анализ асептического воспаления, в 1931 г. результаты были опубликованы в Германии. В 1935 г. за комплекс работ по исследованию физико-химических показателей и обмена веществ в лейкоцитах на разных этапах воспалительного процесса ему была присуждена степень кандидата медицинских наук, а через 3 года за работу «Материалы к учению о гиперергическом воспалении Артюса» - степень доктора медицинских наук. С 1938 по 1952гг. – он самый молодой заведующий кафедрой патофизиологии Казанского медицинского института. В 1950 г. при его участии в Казани была организована 1-я Всесоюзная конференция патофизиологов.

А.Д. Адо явился основателем теоретической и практической аллергологии в нашей стране. Его работа «Антигены как чрезвычайные раздражители нервной системы» не теряет своей актуальности и в наши дни, а крупные руководства «Общая аллергология» и «Частная аллергология» являются настольными книгами всех отечественных аллергологов. А.Д. Адо заложил основы новой клинической специальности – аллергологии разработал диагностику и специфическую гипосенсибилизацию аллергических заболеваний, создав в Москве научно-исследовательскую аллергологическую лабораторию и в Казани – первую в стране кафедру аллергологии (ГИДУВ), где стали готовить врачей-аллергологов. Первыми преподавателями этой кафедры были Т.Б. Толпегина, Р.Х. Бурнашева, А.М. Потемкина, В.Н. Цибулькина, Т.В. Клыкова, продолжившие дело академика А.Д. Адо. Дальнейшим этапом развития идей и школы А.Д. Адо явилось открытие в 1987г. в КГМИ кафедры клинической иммунологии и аллергологии и организация преподавания аллергологии на всех факультетах. Знание основ клинической аллергологии помогает врачам всех специальностей в работе с пациентами.

Андрей Дмитриевич Адо был человеком, всецело преданным науке. Научный поиск был смыслом его жизни.

## **ПОЛВЕКА САРАТОВСКОЙ НЕФРОЛОГИЧЕСКОЙ ШКОЛЕ**

**Кубалик А.В., Утц Д.С., Попкова О.В.**

**Саратовский государственный медицинский университет**

Заболевания почек у детей по-прежнему занимают второе место по распространенности после ОРВИ. Однако трагичность этой педиатрической проблемы в Саратовской области не столь выражена – в нашем регионе работает разветвленная нефрологическая служба. В 2013 г. саратовской нефрологической службе исполнилось 50 лет.

Учитывая высокую актуальность проблемы диагностики, лечения и профилактики заболеваний почек у детей, молодая заведующая кафедрой, доцент, к.м.н. Лагутина Людмила Евгеньевна приняла историческое решение – создать первую педиатрическую нефрологическую службу в СССР. В 1963 г. Л.Е. Лагутина определила научное направление кафедры – изучение эпидемиологии и клиники, разработка профилактики и лечения нефропатий у детей. По инициативе Лагутиной Л.Е. создана стройная система поэтапной нефрологической помощи детям, включающая нефрологический стационар, городской нефрологический кабинет, районную нефрологическую службу, специализированный санаторий и оздоровительный пионерский лагерь.

Под руководством Л.Е. Лагутиной коллектив кафедры исследовал распространённость нефропатий у детей в саратовской области, патогенез мочекаменного диатеза; роль симпато-адреналовой системы у детей с гломерулонефритами; этиологию и принципы антимикробной терапии пиелонефрита. В 1975 г. Л.Е. Лагутина успешно защитила диссертацию на соискание учёной степени д.м.н. "О происхождении и патогенетической роли аллергизации при диффузном гломерулонефрите у детей". В 1977 г. д.м.н. Лагутиной Л.Е. было присвоено звание профессора. Под руководством проф. Л.Е.Лагутиной было защищено более 20 кандидатских и 2 докторские диссертации; издано более 200 печатных работ, оформлены рацпредложения и изобретения. В 1987г коллектив кафедры, возглавляемый проф. Л.Е.Лагутиной, был награждён бронзовой медалью ВДНХ СССР за создание педиатрической нефрологической службы, что явилось основанием для распространения уникального опыта саратовских учёных на всей территории страны.

В настоящее время ученики проф. Л.Е. Лагутиной продолжают научную и практическую работу, направленную на решение актуальных проблем детской нефрологии.

## **ИМЕЕТ ЛИ ЧЕЛОВЕК ПРАВО ДОБРОВОЛЬНО РАСПОРЯЖАТЬСЯ СВОЕЙ ЖИЗНЬЮ?**

**Миннеханова А.А.**

**Казанский государственный медицинский университет  
Научный руководитель – д.м.н., проф. Абросимова М.Ю.**

В настоящее время проблема эвтаназии является одной из остро обсуждаемых в биоэтике. Оно и понятно, ведь она связана с самым дорогим, что есть у человека, - с его жизнью. К тому же, малая изученность данной проблемы не убавляет актуальности.

Цель работы заключается в рассмотрении аргументов за и против эвтаназии, сформулировать принципы и подходы к решению проблемы, охарактеризовать этические и правовые аспекты этой проблемы, увидеть какова практика эвтаназии в ряде стран мира.

К рассмотрению эвтаназии следует подходить как с позиции деятельности социальных институтов (здравоохранение, социальная работа, институт семьи, органы государственной власти и т.д.), так и с позиции анализа взаимодействия различных социальных групп (врачи, медицинский персонал, пациенты в терминальной стадии болезни, родственники пациентов). Решение проблемы эвтаназии перестраивает характер взаимоотношений социальных групп, вовлеченных в принятие решения в «пограничных ситуациях», содержание ролей врача и пациента, вносит изменения в деятельность и взаимодействие социальных институтов.

Надо сказать, что сам термин «эвтаназия» отличается крайней противоречивостью. Мировое сообщество раскололось на непримиримых сторонников и противников эвтаназии. Оба лагеря приводят достаточно веские аргументы, не позволяющие достичь какого-либо конкретного компромиссного решения.

По мнению противников эвтаназии, она является моральным злом и не должна быть допустима законом. Но наряду с этим законодательство Российской Федерации в области здравоохранения предоставляет пациентам право выбора согласиться на медицинское вмешательство (323 Федеральный закон. Статья 20. Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство и на отказ от медицинского вмешательства).

В заключении хочется сказать, что решение данной, крайне важной проблемы, как эвтаназия - задача общая - врачей и юристов, философов и богословов, одним словом, ученых всего мира, в том числе и российских. Последнее же слово всегда должно оставаться за законом.

## **К 130-ЛЕТИЮ ВЕЛИКОГО РУССКОГО УЧЁНОГО О.Н. ПОДВЫСОЦКОЙ**

**Асланова А.М., Перов В.А.**

**Кубанский государственный медицинский университет  
Научный руководитель – к.м.н, асс. Поповская Е.Б.**

Введение. 30 ноября 2014 г. исполняется 130 лет со дня рождения О.Н.Подвысоцкой-советского врача-дерматолога, профессора, члена-корреспондента Академии наук СССР (1939), действующего члена Академии медицинских наук СССР (1944), заслуженного деятеля науки РСФСР, ведущего специалиста по патогенезу дерматозов, дерматомикозов, туберкулезной волчанке.

Цель.Обобщение научных достижений О.Н. Подвысоцкой и демонстрация их широкой общественности.

Материалы и методы. Анализ материалов, изложенных в Большой биографической энциклопедии.

Результаты.О.Н.Подвысоцкая-основоположница отечественной дерматовенерологии, автор 90 научных работ и 5 монографий. На первом этапе своей научной карьеры О.Н.Подвысоцкая занималась проблемами дерматомикозов.В своей докторской диссертации (1919) на тему «Дерматомикозы (Trichophytia, Microsporia, Favus) и их возбудители», она описала клинические разновидности микроспории и разработала дифференциальную диагностику микроспории с трихофитией.В 1929 году на III Всесоюзном съезде дерматологов О. Н. Подвысоцкая в своём программном докладе на тему «Дерматомикозы» подчеркнула, что «один и тот же возбудитель не всегда вызывает одинаковую клиническую картину», и отметила большое значение макроорганизма в патогенезе дерматомикозов. С 1930-х годов она изучала неврогенный патогенез дерматозов, разработав в итоге целый ряд новых методов их функциональной диагностики. Большая часть этих работ обобщена в публикациях 1933—1956 годов, а также в программном докладе «Реактивность кожи в зависимости от нервной системы» на IV Всесоюзном съезде дерматовенерологов (1937) и в вышедшей в свет под её редакцией монографии «Проблемы функционального направления в дерматологии» (1954).За годы её работы профессором и заведующей кафедрой кожных и венерических болезней в Ленинградском государственном институте для усовершенствования врачей, получили специализацию или повысили свои знания более 1500 врачей. Под её руководством было подготовлено и успешно защищено 13 докторских и 25 кандидатских диссертаций.

Выводы. О.Н. Подвысоцкая-старейшина советских дерматологов, видный ученый, выдающийся клиницист, активный общественный деятель, возглавляющая в течение многих лет советскую дерматологическую школу.



## **ЛЕВ ЛЬВОВИЧ ФОФАНОВ: ЖИЗНЬ ВРАЧА В СЛОЖНЫЙ ИСТОРИЧЕСКИЙ ПЕРИОД**

**Казанцев А.Ю.**

**Казанский государственный медицинский университет**

**Научный руководитель – к.м.н., асс. Кариллова Э.Р.**

Фофанов Лев Львович, знаменитый врач начала XX века, заведующий кафедрой факультетской терапии (1914-1919).

Родился 30 ноября 1877 года в Астрахани, в семье небогатого дворянина. В 1898 г. поступил на медицинский факультет Казанского Императорского Университета, который окончил в 1903 г. В 1905-1906 гг. обучался в ординатуре. В 1906 г. Лев Львович по представлению Засецкого был утвержден при его клинике профессорским стипендиантом. В 1908 г. им была защищена докторская диссертация «К физиологии п. Depressoris» под руководством всемирно известного физиолога Н.А. Миславского. С 1909-1910 гг. Фофанов по рекомендации Засецкого находился в Германии, где изучал технику рентгенографии, слушал лекции таких известных профессоров, как Краузе и Гисс. В 1911-1913 гг. Фофанов - ассистент и приват-доцент госпитальной терапевтической клиники. В этот период им был выполнен ряд работ, посвященных диагностике и лечению плевритов и легочной бугорчатки. В 1915 г. был избран по конкурсу заведующим факультетской терапевтической клиникой вместо, ушедшего в отставку за выслугой лет знаменитого и авторитетного проф. Казем-Бека.

В дальнейшем основная деятельность Льва Львовича протекала в трудных условиях Первой мировой и гражданской войн. В рамках курсов для подготовки сестер милосердия Лев Львович преподавал внутренние болезни и уход за больными, а также дежурил в лазарете при университете. Весь медицинский персонал работал совершенно безвозмездно, несмотря на большой объем и время работы.

После Великой Октябрьской революции развернулась Гражданская война. Серьезной угрозой для молодой республики стали эпидемии. С 20 октября 1919 года Лев Львович оказывал помощь заболевшим сыпным возвратным тифом. В результате сам заразился и в январе 1920 г. скончался. Сыпным тифом заболела также Вера Андреевна, жена Фофанова, она выжила, и их старший сын, который умер.

Дочь Фофановых, оставшаяся в живых после эпидемии сыпного тифа, тоже стала доктором и в годы Великой Отечественной войны работала военным хирургом. Его внук, Сергей Сергеевич Белоусов, родившийся в 1930 году, профессор кафедры скорой и неотложной медицинской помощи ФПКВ Нижегородской Государственной медицинской академии.



**88—Я ВСЕРОССИЙСКАЯ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ  
КОНФЕРЕНЦИЯ СТУДЕНТОВ И МОЛОДЫХ УЧЕНЫХ,  
ПОСВЯЩЕННАЯ 200-ЛЕТИЮ КАЗАНСКОГО  
ГОСУДАРСТВЕННОГО МЕДИЦИНСКОГО  
УНИВЕРСИТЕТА**

**(26-27 марта 2014 г., Казань)**



# АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ МЕДИЦИНЫ ТРУДА

## МЕТОДЫ ДОЗИРОВАНИЯ ФАКТОРОВ УСЛОВИЙ ТРУДА НА ПРОМЫШЛЕННЫХ ПРЕДПРИЯТИЯХ

**Островский А.М.**  
**Гомельский государственный медицинский университет**  
**Научный руководитель – к.м.н., асс. Островский А.М.**

Введение. В практике работы по научной организации труда важной составной частью является улучшение условий труда. Большое значение улучшения условий труда объясняется тем, что они в основном представляют собой производственную среду, в которой протекает жизнедеятельность человека во время труда. От их состояния в прямой зависимости находится уровень работоспособности человека, результаты его работы, состояние здоровья, отношение к труду и повышение производительности самого труда.

Цель работы – разработка методов дозирования факторов условий труда с целью их последующего применения на промышленных предприятиях Гомельского региона.

Результаты и обсуждение. На основе проведенного ранее исследования по оценке образа жизни и состояния здоровья работающей молодежи РУП «Гомельэнерго» нами были разработаны следующие методы дозирования факторов условий труда:

1. Дозированное изменение режима работ, но с сохранением профессии и квалификации:
  - введение неполного рабочего дня;
  - изменение сменности работ;
  - введение дополнительных перерывов при сохранении времени начала и окончания рабочего дня;
  - введение дополнительного выходного дня.
2. Дозирование состава работ за счет:
  - исключения отдельных видов работ без снижения квалификации;
  - исключения отдельных видов работ, влекущих за собой снижение объема профессиональной деятельности;
  - исключения отдельных видов работ, связанных со снижением квалификации;
  - введения специально организованных условий труда для достижения оптимальных и допустимых условий труда за счет отмены нормирования труда (отмена норм выработки, норм приема посетителей и т.д.).

Закключение. Предполагается, что создание системы мероприятий по дозированию факторов условий труда позволит улучшить показатели здоровья населения, повысить качество трудовых ресурсов государства, увеличить эффективность труда и валовой внутренний продукт, что приведет к росту благосостояния населения страны. Но условия труда необходимо понимать как результат действия множества взаимосвязанных факторов производственного и социально-психологического характера. Поэтому, проводя мероприятия по улучшению условий труда на предприятии, необходимо учитывать все факторы условий труда, а также специфику конкретного производства.

## ПОКАЗАТЕЛЬ ВЛИЯНИЯ УСЛОВИЙ ТРУДА НА ЗДОРОВЬЕ РАБОЧИХ

**Николаева Т.В., Лункина М.В.**  
**Казанский государственный медицинский университет**  
**Научный руководитель – к.м.н. Краснощекова В.Н.**

Введение понятия «биологический возраст» (далее БВ) объясняется тем, что календарный (паспортный, хронологический) возраст не является достаточным критерием состояния здоровья и трудоспособности человека. Оценка состояния здоровья методом определения БВ отражает влияние на организм внешних условий и наличие или отсутствие патологических изменений. Календарный возраст (КВ) не является идеальной мерой в связи со значительной индивидуальной вариативностью старения организма. Имеющиеся данные указывают, что между темпом старения и рядом социально-гигиенических факторов существуют определенные статистические связи, которые могут быть определены применительно к конкретной ситуации жизнедеятельности человека.

Цель работы – изучить адекватность оценки влияния условий труда на здоровье рабочих с помощью определения их БВ.

Методы исследования включали оценку показателей зрелости отдельных физиологических систем организма на основании возрастных изменений микроструктур различных органов; морфологической и психологической зрелости.

БВ представляет собой интегрированное выражение возрастной патологии скрытой или проявляющейся в виде не диагностируемых болезней. Определение БВ на этапе предварительного при приеме на работу медицинского осмотра позволит проводить своевременный отсев лиц с изначально низкими функциональными резервами организма, а также, с учетом данных периодических во время работы профилактических медицинских осмотров, строить прогностическую модель развития биологического возраста в последующие годы.

Проведенное исследование позволило спрогнозировать БВ рабочих группы риска на основе установления его взаимосвязи с такими показателями, как КВ, стаж работы, профессиональная принадлежность, что является важным с позиций разработки профилактических мер. БВ является адекватным показателем функционального состояния человека, эффективности его профессиональной деятельности и состояния здоровья в сочетании с другими показателями.

## ИЗУЧЕНИЕ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО СИНДРОМА ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ У МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ

**Галиева И.Р., Самиева А.И.**  
**Казанская государственная медицинская академия**  
**Научный руководитель – к.м.н., асс. Гарипова Р.В.**

Актуальность настоящей работы определяется высоким уровнем психоэмоционального напряжения труда медицинских работников (МР), способствующего формированию синдрома профессионального выгорания (СПВ).

Целью исследования является научное обоснование принципов управления психосоциальными факторами профессионального риска для здоровья МР в процессе трудовой деятельности.

Для решения степени влияния на МР комплекса психосоциальных факторов проведено анкетирование 246 МР: 56 врачей, 154 средних МР и 36 младших МР.

Проведенное исследование показало на необходимость своевременного проведения профилактических мероприятий для профилактики СПВ у МР. Причем профилактические мероприятия должны быть в виде комплексной психологической и организационной помощи, направленной на коррекцию этих нарушений. В качестве рекомендаций можно предложить снижение нагрузок, нормирование длительности рабочей смены и количества выработанных часов в течение недели. При этом необходимо учитывать ночные и суточные дежурства и перерывы между ними.

На 307 сессии Административный Совет Международной организации труда 25 марта 2010 г. одобрил новый список профессиональных заболеваний, который заменяет предшествующий, принятый 20 июня 2002 г. (рекомендации № 194). В новом списке под пунктом 2.4. выделена отдельная группа «Психозомоциональные и поведенческие расстройства», в составе которой в подпункте 2.4.2. выделяют «Другие психозомоциональные или поведенческие расстройства, ..., в случае наличия между действием данного фактора и психозомоциональным или поведенческим расстройством, развившимся у работника, прямой связи, установленной методами, соответствующими национальным условиям и практике». Таким образом, синдром профессионального выгорания становится серьезной проблемой среди работников здравоохранения. Решение этой проблемы необходимо начать с внесения данного синдрома в список профессиональных для дальнейшей разработки и внедрения мероприятий по ранней диагностике, профилактике и лечению.

## **ИССЛЕДОВАНИЕ УРОВНЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ У МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ**

**Самиева А.И., Гарипова Р.В.**  
**Казанский государственный медицинский университет**  
**Научный руководитель – к.м.н., асс. Гарипова Р.В.**

Одной из актуальных проблем, связанных с обеспечением эффективности профессиональной деятельности, охраной здоровья сотрудников медицинских учреждений (МУ), является профилактика синдрома «профессионального выгорания». Развитие данного синдрома особенно характерно для профессий системы «человек-человек», где доминирует оказание помощи людям. В первую очередь это относится к медицинским работникам (МР)

Труд МР характеризуется наличием ряда профессиональных факторов, таких как работа в условиях постоянного нервно-психологического перенапряжения, связанная с высокой ответственностью за здоровье и жизнь пациентов, нефизиологические условия труда, обусловленные совместительством, ночной и сменной работой и др.

Выделяют симптомы, составляющих синдром профессионального выгорания: психофизические, социально-психологические и поведенческие.

Целью исследования является научное обоснование принципов управления психосоциальными факторами профессионального риска для здоровья МР в процессе трудовой деятельности.

В работе использовалась анкета, разработанная экспертами ВОЗ для европейской модели «Здоровье на рабочем месте». Для сравнительной характеристики было проведено анкетирование в трех МУ РТ: Кукморская и Балтасинская ЦРБ, БСМП №1 г. Казани. В анкетировании приняли участие 123 МР. Из общего числа опрошенных 13,6% составили мужчины и 86,4%-женщины в возрасте 20-72 лет.

По результатам выяснилось, что работа в отрасли здравоохранении полностью удовлетворяет только 19,1% МР, 57,3% - достаточно, 20,9% - мало, 2,7% - не удовлетворяет. Только 6,5% МР оценило свое здоровье как отличное, 4,9% - очень хорошее, 31,7% - хорошее, 53,7% - удовлетворительное, 2,4% - плохое, 0,8% - очень плохое.

Проблемы со сном отметили 64,8% МР; 67,8% с различной степенью регулярности употребляют болеутоляющие препараты, 44,7% успокоительные препараты, 13,8% антидепрессанты. Среди анкетированных 15,4% считают необходимым для себя проведение комплексного стационарного обследования и лечения, 42,3% мечтают о курсе лечения в санатории или санатории-профилактории.

Проведенное анкетирование МР показало высокую распространенность среди них психофизических, социально-психологических, поведенческих симптомов, что позволяет думать о высокой вероятности формирования синдрома профессионального выгорания

## **ВЛИЯНИЕ УРОВНЯ ФИЗИЧЕСКОЙ НАГРУЗКИ НА СУБЪЕКТИВНО ОЦЕНИВАЕМОЕ СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ ОФИСНЫХ РАБОТНИКОВ**

**Амерханова Р.М.**  
**Казанский государственный медицинский университет**  
**Научный руководитель - д.м.н., профессор Фатхутдинова Л.М.**

Современные виды профессиональной деятельности характеризуются сведением к минимуму необходимости активных движений в процессе трудовой деятельности. Особо следует отметить труд офисных работников, при котором гиподинамия становится доминантным состоянием.

Целью данного исследования явилось изучение влияния уровня физической нагрузки на субъективно оцениваемое состояние собственного здоровья у офисных работников.

Материалы и методы. Опрошено 50 респондентов – работников компании «БАРС Груп» различного пола и возраста. В исследовании применялся международный вопросник для оценки уровня физической активности, вопросник SF-36 для изучения субъективно оцениваемого уровня здоровья и Скандинавский вопросник для оценки костно-мышечного дискомфорта.

Результаты исследования и выводы. Среди работников, для которых был характерен низкий уровень физической активности в течение дня (на работе и во вне рабочее время) отмечалась более высокая распространенность нарушений со стороны опорно-двигательного аппарата (шейный и поясничный отделы позвоночника). При исследовании субъективно оцениваемого состояния здоровья было установлено, что работники с низким уровнем физической активности чаще не удовлетворены своим самочувствием, отмечают нарушения сна и быстро наступающее утомление. Использование международного вопросника для оценки физической активности является удобным скрининговым инструментом и может применяться для разработки мобильного приложения для самоконтроля физической активности и коррекции образа жизни.

## **ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА СВЕТОДИОДНЫХ СИСТЕМ ОСВЕЩЕНИЯ**

**Васильева Т.В.**  
**Казанский государственный медицинский университет**  
**Научный руководитель – асс. Халиуллин Т.О.**

Светодиодное освещение — одно из перспективных направлений технологий искусственного освещения, основанное на использовании светодиодов в качестве источника света. В сравнении с лампами накаливания, светодиодные лампы испускают меньше тепла и имеют более высокий КПД, не содержат вредных химических веществ. В то же время, в открытой литературе имеются сведения о возможном повреждающем действии светодиодных ламп на орган зрения человека (Sánchez Ramos et al., 2013).

Цель исследования — характеристика световой среды на рабочих местах со светодиодным освещением.

Методы исследования — оценка световой среды проводилась инструментальным методом, согласно имеющимся методическим рекомендациям по оценке искусственного освещения. В ходе исследования оценивалась зрительная эргономика, согласно межгосударственному стандарту ГОСТ ИСО 8995-2002, определялись такие параметры, как освещенность, яркость, коэффициент пульсации, коэффициент неравномерности освещения и др. Также был проведен опрос работников с выявлением имеющихся нарушений зрения регистрацией основных жалоб.

Результаты исследования. На большинстве обследованных рабочих мест со светодиодным освещением показатели освещенности соответствовали нормативным значениям. В то же время, характерной особенностью являлась высокая неравномерность освещения. На некоторых рабочих местах был обнаружен высокий коэффициент пульсации светового потока, что, по-видимому, вызвано отсутствием регулирующих устройств. Выявлено, что при неправильной ориентации светильников создаются условия для слепящего действия источников света. Данные опроса работников свидетельствуют о сниженном уровне зрительного комфорта и зрительной работоспособности, особенно в условиях неравномерности освещенности.

Полученные результаты свидетельствуют о необходимости более строгого контроля за соблюдением норм световой среды на местах со светодиодным освещением. Необходимы дальнейшие исследования состояния зрительного анализатора лиц, работающих в помещениях со светодиодными светильниками.

## **АНАЛИЗ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ, ПОДВЕРГАЮЩЕГОСЯ ВОЗДЕЙСТВИЮ ЭМП 50 Гц**

**Давлетханова Л.И.**

**Казанский государственный медицинский университет  
Научный руководитель — к.м.н., ст.преп. Русин М.Н.**

Изучение и оценка воздействия электромагнитных полей промышленной частоты 50 Гц (ЭМП ПЧ) на состояние здоровья населения является актуальной и значимой задачей медицины труда, что подтверждается увеличением за последние годы числа исследований по оценке влияния ЭМП ПЧ, выполняемых отечественными и зарубежными авторами.

Цель исследования: анализ методов, используемых при оценке здоровья населения, подвергающегося воздействию ЭМП 50 Гц.

Материал исследования: данные отечественных и зарубежных исследований.

Результат: изучение здоровья населения проводится в нескольких направлениях. Исследования, проведенные с помощью ретроспективного анализа, показали наличие статистически значимой большей смертности лиц, проживающих вблизи источников ЭМП ПЧ с высоким напряжением 500, 750 кВ (Тихонов Г.И. и др., 1999). Анализ данных заболеваемости с впервые выявленными заболеваниями сердечно-сосудистой системы населения, проживающего в условиях резидентного воздействия магнитных полей (МП) 50 Гц, показал достоверную связь между числом заболеваний и уровнями МП 50 Гц (Гудина М.В. и др., 2009).

Кроссекционные исследования сердечно-сосудистой системы непосредственно электротехнического персонала (Фатхутдинова Л.М. и др., 2009; Илюхин Н.Е. и др., 2011), анализ распространенности отдельных заболеваний у работников энергообъектов (Фатхутдинова Л.М. и др., 2004; Терегулова З.С. и др., 2005) выявили высокую чувствительность сердечно-сосудистой системы к ЭМП ПЧ. За рубежом активно изучаются изменения состава крови у добровольцев и работников, подвергающихся воздействию МП 50 Гц на работе и в быту (Touitou Y, et al 2012; Selmaoui B et al 2011).

Таким образом, на настоящий момент крайне мало динамических наблюдений за состоянием здоровья населения, а также изучений добровольцев, подвергающихся воздействию ЭМП 50 Гц.

## **БИОЛОГИЧЕСКИЙ ВОЗРАСТ КАК ИНТЕГРАЛЬНЫЙ ПОКАЗАТЕЛЬ ВЛИЯНИЯ УСЛОВИЙ ТРУДА НА ЗДОРОВЬЕ РАБОЧИХ**

**Лункина М.В., Николаева Т.В.**

**Казанский государственный медицинский университет  
Научный руководитель - к.м.н. Краснощекова В.Н.**

Введение понятия «биологический возраст» (далее БВ) объясняется тем, что календарный (паспортный, хронологический) возраст не является достаточным критерием состояния здоровья и трудоспособности человека. Оценка состояния здоровья методом определения БВ отражает влияние на организм внешних условий и наличие или отсутствие патологических изменений. Календарный возраст (КВ) не является идеальной мерой в связи со значительной индивидуальной вариабельностью старения организма. Имеющиеся данные указывают, что между темпом старения и рядом социально-гигиенических факторов существуют определенные статистические связи, которые могут быть определены применительно к конкретной ситуации жизнедеятельности человека.

Цель работы — изучить адекватность оценки влияния условий труда на здоровье рабочих с помощью определения их БВ.

Методы исследования включали оценку показателей зрелости отдельных физиологических систем организма на основании возрастных изменений микроструктур различных органов; морфологической и психологической зрелости.

БВ представляет собой интегрированное выражение возрастной патологии скрытой или проявляющейся в виде не диагностируемых болезней. Определение БВ на этапе предварительного при приеме на работу медицинского осмотра позволит проводить своевременный отсев лиц с изначально низкими функциональными резервами организма, а также, с учетом данных периодических во время работы профилактических медицинских осмотров, строить прогностическую модель развития биологического возраста в последующие годы.

Проведенное исследование позволило спрогнозировать БВ рабочих группы риска на основе установления его взаимосвязи с такими показателями, как КВ, стаж работы, профессиональная принадлежность, что является важным с позиций разработки профилактических мер. БВ является адекватным показателем функционального состояния человека, эффективности его профессиональной деятельности и состояния здоровья в сочетании с другими показателями.

## **УСЛОВИЯ ТРУДА И СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ РАБОТНИКОВ, ЗАНЯТЫХ НА ПРОИЗВОДСТВЕ МНОГОСЛОЙНЫХ УГЛЕРОДНЫХ НАНОТРУБОК**

**Николаева Т.В.**  
**Казанский государственный медицинский университет**  
**Научный руководитель – асс. Халиуллин Т.О.**

Спектр возможного применения многослойных углеродных нанотрубок (МУНТ) весьма широк и в мире наблюдается значительный рост предприятий, производящих эти наночастицы. В то же время, в открытой литературе данные об условиях труда на таких предприятиях и состоянии здоровья работников отсутствуют.

Цель исследования – характеристика условий труда на предприятии-производителе многослойных углеродных нанотрубок с определением некоторых показателей состояния здоровья работников.

Методы исследования. Оценка условий труда проводилась согласно Р.2.2.2006-05, Количественная оценка содержания МУНТ проводилась путем определения содержания элементного углерода в пробах. Одномomentный отбор проб воздуха осуществлялся на 2 параллельных фильтра. Содержание элементного углерода на кварцевых фильтрах определялось с помощью термооптического анализа.

Среди работников основной и контрольной групп проводилось анкетирование и интервьюирование на предмет состояния здоровья, наличия жалоб и установленных диагнозов заболеваний. В ходе оценки состояния дыхательной системы выполнялось спирометрическое исследование; для последующего анализа использовались максимальные показатели ОФВ1 и ФЖЕЛ. Прогностические показатели ОФВ1 и ФЖЕЛ вычислялись по методу стандартных справочных уравнений. Спирометрия проводилась согласно стандартам Американского торакального общества.

Полученные данные свидетельствуют о неблагоприятных условиях труда по показателям световой среды и микроклимата. Было выявлено превышение рекомендуемого уровня содержания аэрозоля МУНТ в воздухе на нескольких рабочих местах, а частицы МУНТ обнаруживались в воздухе рабочих помещений даже в нерабочее время. Спирометрия не выявила нарушений дыхательной функции в основной и контрольной группах. Также не было выявлено достоверных различий в заболеваемости простудными заболеваниями.

Таким образом, существует необходимость внедрения инженерно-технических решений на предприятии для снижения риска вреда здоровью работающих. Необходима организация систематического контроля содержания МУНТ на различных участках технологического процесса.

## **ОЦЕНКА УСЛОВИЙ ТРУДА РАБОТНИКОВ ЛОКОМОТИВНЫХ БРИГАД ПОДВИЖНОГО СОСТАВА**

**Шакрамова Л.И.**  
**Казанский государственный медицинский университет**  
**Научный руководитель – к.м.н., ст.преп. Русин М.Н.**

Профилактика нарушений состояния здоровья работников железнодорожного транспорта, в первую очередь, профессиональных и профессионально обусловленных заболеваний, является одной из приоритетных задач медицины труда.

Цель работы: выявление факторов производственной среды, действующих на работников локомотивных бригад для совершенствования профилактики профессиональных заболеваний.

Материал и методы исследования: данные филиала ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии по железнодорожному транспорту» по г. Казани, инструментальные измерения, гигиеническая оценка факторов.

Результаты: современными особенностями условий труда работников локомотивных бригад являются воздействие физических факторов - шума, общей вибрации, а также высокая напряженность труда. На рабочих местах машинистов и помощников машинистов выявлено в 72,7% от общего числа измерений превышение ПДУ уровня шума (в т.ч. по эквивалентному уровню звука - до 5 дБА в 63,6 %, а на 10-15 дБА в 9,1 %). Кроме того, зафиксировано в 64,3 % от общего числа измерений превышение ПДУ уровней вибрации по скорректированному значению на 10-15 дБ.

Выявлен рост заболеваемости с временной утратой трудоспособности среди работников локомотивных бригад за 2008 - 2010 гг. Показатель превысил средний по Казанскому региону Горьковской железной дороги в случаях - на 4-18, в днях - на 2-140. В структуре заболеваемости с ВУТ преобладают болезни органов дыхания, болезни костно-мышечной системы, болезни системы кровообращения, травмы.

Таким образом, современные условия труда работников локомотивных бригад представляют потенциальный профессиональный риск для состояния здоровья работников.

# **АКУШЕРСТВО И ГИНЕКОЛОГИЯ**

## **ОСОБЕННОСТИ РЕПРОДУКТИВНЫХ УСТАНОВОК СРЕДИ СТУДЕНТОВ ГОРОДА УФЫ**

**Сайфуллин Р.Р., Хафизов М.М., Поляков Д.В.**  
**Башкирский государственный медицинский университет**  
**Научный руководитель – д.м.н., проф. Ящук А.Г., асс. Масленников А.В.**

На сегодняшний день актуальной является проблема снижения порога начала половой жизни среди молодежи и исходящий из этого нарастающий риск возникновения нежелательных беременностей. В связи с этим возникает вопрос об осведомленности студентов о существующих методах контрацепции, доступности и правильности их использования, а также возникающих последствиях в результате нерационального применения контрацептивов. Сложившиеся взгляды современной молодежи относительно репродуктивного поведения приводят к увеличению числа абортов, росту частоты прерывания первой

беременности, рождению детей вне брака. Фактором, усугубляющим данное положение, является свободный доступ подростков к широкому выбору средств гормональной и экстренной контрацепции без предшествующего этому обращения к врачу.

С целью изучения особенностей репродуктивного поведения в среде учащейся молодежи было предпринято анкетирование студентов различных университетов г. Уфы по вопросам осведомленности в области рационального репродуктивного здоровья. Также были проанкетированы сотрудники аптечных сетей для оценки правильности их действий по оказанию услуг при выборе необходимых контрацептивов в зависимости от ситуации.

В ходе анкетирования было охвачено 427 человек, из них 385 составляют студенты, а оставшиеся 42 – сотрудники аптечных сетей. Анкеты на заданные темы были анонимными и содержали 53 вопроса для учащихся и 15 для сотрудников аптечных сетей. Анализ полученных данных проводился с использованием пакета статистического анализа программы Microsoft Office Excel 2007.

В ходе нашего исследования было выявлено, что оптимальный возраст начала половой жизни по мнению юношей составляет 15 лет, девушек – 19 лет, при этом молодежь планирует рождение ребенка через минимум 4-5 лет от начала половой жизни.

Юноши всех возрастов считают наиболее эффективным методом контрацепции презерватив. Девушки старше 20 лет предпочитают оральные контрацептивы.

Наиболее популярным у студентов источником получения информации по вопросам сохранения здоровья является Интернет. Результаты исследования среди работников аптечных сетей свидетельствуют о свободной продаже препаратов гормональной и экстренной контрацепции, требующих наличие рецепта врача.

### **ОЦЕНКА ПРОСТРАНСТВЕННОГО РОСТА ФИБРИНОВОГО СГУСТКА У РОДИЛЬНИЦ, КАК МАРКЕР КОАГУЛЯЦИОННОГО ПОТЕНЦИАЛА КРОВИ ДЛЯ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ ТРОМБОГЕМОРРАГИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ В ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДЕ**

**Сабинова Д. Р.**

**Руководители: проф. Зубаирова Л. Д., доц. Яковлев Н.В.**

**Актуальность.**

У беременных происходит активация свертывающей системы, снижается фибринолитическая активность крови. Все это вызывает характерное для беременности повышение свертываемости крови, что увеличивает риск тромбозов. После родов содержание факторов V, VII и X бывает даже более высоким, чем во время беременности. После родов распространенность тромбозов и тромбоэмболий повышается до 30 на 1000 родильниц. Назначение длительной антиагрегантной и антикоагулянтной терапии во время беременности (при их длительном применении и несвоевременной отмене) может являться причиной синдрома гестационной дезадаптации и акушерских кровотечений в родах и в послеродовом периоде. Уникальность метода оценки скорости пространственного роста фибринового сгустка заключается в максимальном приближении аналитической системы к условиям *in vivo*, а также позволяет одновременно и независимо регистрировать нарушения на всех стадиях процесса. Все выше изложенное и определяет актуальность предлагаемого исследования.

**Цель.**

Определение нормативных показателей тромбодинамики у женщин в послеродовом периоде при физиологических условиях. Прогнозирование и предупреждение тенденций тромбогеморрагического характера в послеродовом периоде у женщин.

**Задачи:**

1. Провести определение показателей пространственного роста фибринового сгустка после родов через естественные родовые пути у двух групп женщин.
2. Сравнить полученные данные с показателями параметров рутинных тестов гемостазиограммы и сравнить результаты двух групп с целью определения нормативов тромбодинамики у родильниц.

**Материалы и методы исследования**

Группы обследуемых пациенток разделены следующим образом: 1 группа - принимающие низкомолекулярный гепарин, 2 группа - не принимающие низкомолекулярный гепарин.

Забор венозной крови для определения пространственного роста фибринового сгустка в 1 и 3 сутки после родов.

Всем пациенткам для сравнения производилось стандартное обследование системы гемостаза.

**Полученные результаты и выводы.**

У пациенток первой группы в первые сутки после родов мы выявили тенденцию к гиперкоагуляции, которая прогрессировала к третьим суткам. У пациенток второй группы на первые сутки отмечалась гиперкоагуляция, которая купировалась на третьи сутки на фоне терапии. Показатели рутинных тестов не во всех случаях совпадали с данными тромбодинамики. Полученные результаты являются основанием для более детального анализа тромбодинамики в послеродовом периоде.

### **ПОКАЗАТЕЛИ ТРОМБОДИНАМИКИ У БЕРЕМЕННЫХ С ПРЕДЛЕЖАНИЕМ ПЛАЦЕНТЫ, КАК ВОЗМОЖНОСТЬ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ РАЗВИТИЯ ТРОМБОГЕМОРРАГИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ В РОДАХ И ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДЕ**

**Зейналова Н.З.**

**Казанский государственный медицинский университет**

**Руководитель: доц. Яковлев Н. В.**

**Актуальность.**

На современном этапе становления родовспоможения как тромботические осложнения, так и кровотечения остаются лидирующими причинами в структуре материнской заболеваемости и смертности по всему миру, причем доля смертельных кровотечений почти в 50% случаев приходится на развивающиеся страны (McCormick и соавт., 2002, Quinones, 2005; Duff, 2005; Marik et al., 2008). Среди причин, оказывающих влияние на повышение материнской и перинатальной смертности, следует отметить аномалии расположения плаценты, к которым относятся предлежание плаценты и низкое ее расположение. Частота предлежания плаценты колеблется от 0.3% до 1,04% (Айламазян Э.К., 1997). Низкая плацентация встречается в 9,1% наблюдений (Репина М.А., 1984). Перинатальная смертность при аномалиях расположения плаценты достигает 22,2% - 81% (Садаускас В.М., Максимэйтене Д.А., 1983), а материнская летальность при предлежании плаценты колеблется от 2,2% до 10%



(Аккерман Л.И., 1983). Существующие рутинные тесты контроля системы гемостаза не позволяют в полной мере прогнозировать развитие тромбгеморрагических осложнений после операции кесарево сечение, а разработанные схемы медикаментозной профилактики не унифицированы для применения их на пациентках акушерского профиля.

Цель:

Оценить информативность и клиническую значимость оценки тромбодинамики при прогнозировании развития тромбгеморрагических осложнений во время родоразрешения и в послеродовом периоде у пациенток с предлежанием плаценты.

Задачи:

1. Провести оценку тромбодинамики в перинатальном периоде у пациенток с предлежанием плаценты и в контрольной группе при родоразрешении через естественные родовые пути.
2. Сравнить полученные данные с показателями рутинных тестов у пациенток исследуемых групп.
- 3) На основании полученных результатов оценить эффективность тромбодинамики в прогнозировании развития тромбгеморрагических осложнений

Материалы:

Группа сравнения: беременные на сроке более 22 недель беременности с полным предлежанием плаценты (n=4).

Контрольная группа: беременные на сроке более 22 недель беременности без предлежания плаценты (n=4)

Выводы:

При проведении сравнительной оценки стандартных тестов показателей гемостаза и оценки тромбодинамики, выявлено подтверждение наличия гиперкоагуляционного состояния в период беременности. Проведенное абдоминальное родоразрешение прошло с массивной кровопотерей, в связи с выявлением у 3-х из исследуемых пациенток приращения предлежащей плаценты. Оценка тромбодинамики в послеродовом периоде у данных пациенток выявила усиление гиперкоагуляционного процесса, несмотря на проводимую антикоагулянтную терапию, что может свидетельствовать о существующей угрозе развития тромбозомболических осложнений на фоне повышенной кровопотери при абдоминальном родоразрешении. Таким образом, у пациенток с предлежанием плаценты необходим дальнейший тщательный анализ состояния системы гемостаза, особенно если родоразрешение произведено с повышением допустимой кровопотери.

### **ЗНАЧЕНИЕ МАРКЕРА СА-125 ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ РАКА ЯИЧНИКОВ (ПО МАТЕРИАЛАМ ЗАРУБЕЖНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ)**

**Дворжак В.С.**

**Научный руководитель – к.м.н., асс. Ключаров И.В.  
Казанский государственный медицинский университет**

Рак яичников является наиболее агрессивной злокачественной опухолью женских гениталий и, по данным исследователей составляет 4-6% среди злокачественных новообразований у женщин. У больных с I стадией рака яичников содержание маркера практически не отличается от контроля, но при II, III и IV стадиях заболевания уровни СА-125 значительно повышаются. Источником СА-125 в организме являются не только опухолевые клетки яичников, но и мезотелий, поэтому, СА-125 может быть повышен при выпотах брюшной и плевральной полости, во время беременности, менструации, при различных доброкачественных опухолях.

Из-за большого количества ложноположительных результатов специфичность маркера низкая. Было проведено сравнение чувствительности определения СА-125, СА-19-9 и СЕА при обследовании больных миомой матки, кистами яичников и воспалительными заболеваниями женских половых органов.

Доказано, что одновременный анализ комбинаций имеет большее диагностическое значение в связи с их не всегда параллельными изменениями при доброкачественных и злокачественных опухолях.

С 1992 года были проверены 1342 женщины из 812 семей. Из них, 311 женщины имели высокую степень риска.

За 7 лет исследований 311 женщин, только один случай заболевания раком был определен во время скрининга. При такой низкой скорости обнаружения, эффективность скрининга рака яичников с помощью маркера СА-125 остается под вопросом.

Ряд исследований показали, что уровень СА-125 в сыворотке крови может быть важным прогностическим фактором. Были проведены исследования, пациентов из 11 британских центров. Анализ данных 248 пациентов, показал, что абсолютное значение СА-125 был важным фактором для предсказания прогрессирования заболевания. 74 (29,8 %) пациента имели СА-125 > 70, и из них, у 57% правильно было диагностировано прогрессирование заболевания/смерть в течение 12 месяцев, но 43% остались живы и без прогрессирования заболевания.

Иммуноферментный тест СА-125, разработанный на основе двух моноклональных антител может быть использован для диагностики и для суждения об эффективности лечения рака яичников, а также для раннего выявления рецидива опухоли. Наблюдение за динамикой СА-125 у больных раком яичников после достижения клинической ремиссии является обязательным стандартом диагностики рецидива заболевания.

### **СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ НЕУКРОТИМОЙ РВОТЫ БЕРЕМЕННЫХ**

**Ахметшина Л., Кадрова Э.**

**Казанский государственный медицинский университет**

Неукротимая рвота беременных (ранний токсикоз) состояние, вызывающее тяжелую тошноту и рвоту на ранних сроках и часто приводящее к госпитализации. С точки зрения акушера-гинеколога токсикоз может возникнуть практически из-за всего. Согласия о причинах и механизмах токсикоза беременных не было достигнуто до сих пор. Этиология и патогенез до конца не изучены, что создает проблемы в назначении лечения.

Целью нашей работы было исследование основных причин возникновения и лечения этого заболевания.

Задачи исследования:

1. Проанализировать влияние основных факторов, вызывающих токсикоз.

2. Сравнение методов лечения гиперрвоты (прометазин, прохлорперазин, пиридоксин-метоклопрамидом)

В ходе нашей работы мы провели литературный обзор Human Reproduction Update published by Oxford University, чтобы суммировать текущие теории и доказательства по этиологии и патогенезу токсикоза беременных. Также были рассмотрены 3 метода лечения гиперрвоты беременных за рубежом (данные из статьи Journal of Perinatology).

**Заключение.** Существует серьезная потребность в большем количестве исследований. Много проведенных исследований страдают от низкого числа включенных пациентов, изменяющихся методов испытаний, некоторые предложенные механизмы остаются неубедительными. Причина гиперрвоты остается неизвестной, возможно, что фактор, вызывающий токсикоз еще не выявлен, или у него может быть многофакторная причина, или токсикоз мог быть исходом различных не связанных между собой состояний. Это выдвигает на первый план потребность в более обширных исследованиях, направленных на изучение патогенеза и этиологии токсикоза беременных. Что касается терапии, препарат метоклопрамид – пиридоксин оказался эффективнее 2 других (с ним выраженность субъективных ощущений у беременных женщин уменьшилось на 62%, с прохлорперазином на 38%, прометазин на 40 %). Что подтверждает большую эффективность использования комбинации препаратов в лечении гиперрвоты беременных с обязательным включением пиридоксина.

#### **ПАТОЛОГИЯ ЭНДОМЕТРИЯ ПРИ НЕУДАЧНЫХ ПОПЫТКАХ ЭКО И НЕВЫНАШИВАНИИ**

**Хисамова Л.З., Мардиева Р.Р., Ханова И.Н.**  
**Казанский государственный медицинский университет**  
**Руководитель – д.м.н., доц. Илизарова Н.А.**

Невынашивание беременности (НБ) - остается одной из значимых и трудно решаемых проблем в современном акушерстве. Если все известные причины бесплодия и НБ исключены – то речь идет об идиопатическом выкидыше (ИВ), на долю которого приходится 6%.

Цель исследования: проанализировать комплексный подход к диагностике и терапии пациенток с ИВ.

Материал и методы: Обследована и пролечена группа пациенток из 30 человек с ИВ. Средний возраст - 34 года. В анамнезе: от 2 до 5 выкидышей, от 2 до 6 неудачных попыток ЭКО при условии подсадки эмбрионов «хорошего» качества.

Результаты и обсуждение: Пациентки обследованы в соответствии с алгоритмом при бесплодии и НБ. Обнаружены только деликатные изменения в *рецептивном статусе*: при морфологическом исследовании выявлены явления атрофии и дистрофии эндометрия как в железистом компоненте, так и в строме; десинхронизация развития пиноподий; ЭР в пределах нормы, кол-во ПР незначительно снижено; Ki 67 (белок патологии рецептивности) слегка повышен. Пациентки разделены на группы: основная - 15 жен. в фертильные циклы с 16 по 25 день получали Дюфастон 20 мг в сутки + Крайнон 90 мг в сутки во влагалище; группа сравнения - 15 жен. только Крайнон 90 мг; группу контроля составили 10 здоровых женщин в период подготовки к беременности. Морфологическая картина эндометрия после 3 циклов терапии Дюфастоном и Крайноном приблизилась к группе контроля. В 6 случаях наступила беременность, которые успешно пролонгируются на двух прогестиновых препаратах. В группе сравнения - 7 беременностей, из которых 1 - закончилась неразвивающейся, в 2 случаях – анэмбриония, в 4 - самопроизвольные выкидыши на сроке от 4 - 6 недель.

Выводы: Можно предположить, что причиной ИВ является наличие антител к собственному прогестерону и дефект на уровне ПР. Терапия микронизированным прогестероном в сочетании с дидрогестероном позволяет преодолеть прогестеронодефицит, так как дидрогестерон является полусинтетическим ретропрогестероном и не распознается иммунной системой как аутоантиген.

#### **ПЕРВИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ У ЖЕНЩИН С РУБЦОМ НА МАТКЕ ПОСЛЕ МИОМЭКТОМИИ**

**Пекарева Е.О., Поздняков И.М., Пекарев О.Г., Майбородин И.В., Оноприенко Н.В.**  
**Новосибирский государственный медицинский университет**  
**НИИ Химической Биологии и Фундаментальной Медицины СО РАМН**

Цель исследования: определить клинические и морфологические критерии состоятельности рубца после перенесенной операции миомэктомии, чтобы сформировать группы беременных и рожениц для последующего родоразрешения через естественные родовые пути.

Методология: проспективное исследование.

Материал исследования: 115 беременных и рожениц с рубцом на матке после предшествующей миомэктомии и 60 пациенток после перенесенной миомэктомии.

Методы исследования: морфометрия и исследование состояния микроциркуляции и цитогаммы тканевых лейкоцитов в рубце матки и пограничных тканях у женщин; ультразвуковое исследование у пациенток с интактной маткой и у рожениц после операции миомэктомии.

Результаты исследования: Рубец миометрия после лапаротомической миомэктомии с ушиванием ложа двурядным синтетическим швом и после лапароскопической миомэктомии с экстракорпоральным наложением швов представлял собой тонкий рубец с параллельным расположением волокон и единичными геморрагиями. Граница между миометрием и рубцом после лапаротомической миомэктимией и лапароскопической с ушиванием ложа характеризовалась полнокровием и кровоизлияниями. В то время как при лапароскопической миомэктомии с коагуляцией ложа имело место хаотичное расположение волокон и обширные геморрагии в тканях рубца.

Из 68 пациенток с рубцом на матке, которым проводилось ведение родов через естественные родовые пути у 35 (51,5%) произошло самопроизвольное родоразрешение. Повторная операция кесарева сечения проведена 33 женщинам (48,5%). В структуре показаний к экстренному абдоминальному родоразрешению у женщин с ушиванием ложа 2 рядным синтетическим швом только в 18,2% и 15,4% случаев соответственно 1-2 групп причиной послужил угрожающий разрыв матки, в то время как у рожениц после лапароскопической миомэктомии с коагуляцией ложа в 33,3%.

Заключение: проведенные исследования показали, что если женщина находится в репродуктивном возрасте, то нужно выполнять лапаротомическую миомэктомию или лапароскопическую миомэктомию, но с обязательным экстракорпоральным ушиванием ложа 2-рядным швом. Коагуляция ложа недопустима, поскольку во время беременности высок риск разрыва матки (гистопатического).

#### **ГЕНДЕРНЫЕ РАЗЛИЧИЯ В РЕПРОДУКТИВНЫХ УСТАНОВКАХ У СТУДЕНТОВ Г. УФЫ**

**Хафизов М.М, Сайфуллин Р.Р, Полякова Д.В.**  
**Башкирский государственный медицинский университет**  
**Научный руководитель – д.м.н., проф. Ящук А.Г., асс. Масленников А.В.**

За последние годы настоящей проблемой выступает высокий уровень нежеланных беременностей. Подавляющее число молодых парней и девушек начинают половую жизнь до вступления в брак. Зачастую не используют контрацепцию при половых контактах же или пользуются ею безграмотно. Сложившееся представление о репродуктивном поведении современной молодежи приводит к популяризации аборта, нарастанию частоты прерывания первой беременности и рождению детей вне брака.

С целью изучения особенностей репродуктивных установок среди юношей и девушек было проведено анкетирование студентов различных университетов г. Уфы по вопросам осведомленности в области репродуктивного здоровья.

Для исследования были выбраны студенты 1, 3, 4 и 5 курсов различных университетов г. Уфы. Всего было охвачено 398 человек. Анкета была анонимной и содержала в себе 48 вопросов на заданную тему. Анализ полученных данных проводился с использованием программы Microsoft Office Excel 2007.

В ходе нашего исследования было установлено, что оптимальным возрастом для начала половой жизни, по мнению парней 1 курса составляет 15 лет, а девушек – 19 лет. На 3 курсе юноши утверждают, что с 16 лет уже можно вести регулярную половую жизнь, девушки же считают, что приемлемым возрастом является 20 лет. Юноши 4 и 5 курсов также считают, что в 16 лет уже можно иметь половые отношения, а девушки – с 19 лет.

По мнению всех анкетированных, оптимальным возрастом для вступления в брачный союз и для рождения детей у парней является период от 24 до 28 лет, у девушек – 20-23 года.

Подавляющее большинство, а именно 97% респондентов ответили, что зарегистрированный брак является обязательным условием для рождения ребенка.

Среди широкого выбора контрацепции юноши всех курсов считают наиболее эффективным метод барьерной контрацепции, прежде всего использование презерватива.

Девушки же на старших курсах предпочитают средства оральной контрацепции. 3% анкетированных согласны прибегнуть к хирургической стерилизации себя и своего партнера.

Отмечается негативное отношение у девушек 1 и 3 курсов к гормональным методам контрацепции. Это обусловлено распространённостью заблуждений в молодежных кругах, касающихся их использования.

### **ДИАГНОСТИКА ГЕСТАЦИОННОГО САХАРНОГО ДИАБЕТА В ПЕРВОМ ТРИМЕСТРЕ ПО УРОВНЮ ГЛИКОЗИЛИРОВАННОГО ГЕМОГЛОБИНА**

**Муравейник О.А., Альбицкая Е.А., Будеева С.В.  
Сибирский государственный медицинский университет  
Научный руководитель – д.б.н., проф. Суханова Г.А.**

Цель: проведение скрининга нарушений углеводного обмена у беременных женщин в I триместре, обоснование диагностической ценности определения HbA1c для выявления гестационного сахарного диабета в I триместре.

Методы исследования: Использовали цельную кровь и венозную плазму крови, полученную от 40 пациенток с ГСД и 40 женщин с физиологически протекающей беременностью. Исследование проводили в два этапа. I этап: проведен скрининг пациентов по концентрации глюкозы в плазме крови и уровню гликозилированного гемоглобина. Концентрацию глюкозы измеряли путем проведения СТТГ (стандартный тест толерантности к глюкозе), HbA1c – иммунотурбидиметрическим методом. Критерии не включения в исследование: СД типа 1 или типа 2, другие нарушения метаболизма, выявленные до или во время беременности. По результатам первого этапа пациентки с ГСД были разделены на две группы: 1 группа беременные с ГСД, у которых содержание глюкозы превышает 5,1 ммоль/л, уровень гликозилированного гемоглобина в пределах референтных значений (<5,6%); 2 группа беременные с ГСД, у которых содержание глюкозы и HbA1c превышает референтные значения. II этап: определение содержания HbA1c в цельной крови на 7,14,21,28,33 неделях гестации в группах беременных с ГСД. Стандартизация результатов проведена с учетом анемии у беременных.

Результаты: Содержание HbA1c в I триместре в контрольной группе составило  $4,27 \pm 0,45$ , в 1 группе с ГСД  $5,40 \pm 0,23$  и во 2 группе с ГСД  $6,35 \pm 0,71$ . Выявлены статистически значимые различия между контрольной и группами с ГСД. В первой группе с ГСД наблюдается увеличение уровня HbA1c на 7,4% во II триместре и 4,6% в третьем ( $p < 0.05$ ). Во второй группе отмечается снижение уровня HbA1c от исходного на 1% и 3,6%, что может быть связано с соблюдением специальной диеты. По результатам нашего исследования можно говорить о диагностической ценности HbA1c в I триместре с 85% чувствительностью метода только при снижении уровня до 5,4%.

Выводы: Диагностическая ценность определения HbA1c для выявления женщин с ГСД выше в сравнении со стандартным методом СТТГ (чувствительность – 0,85, специфичность 0,70).

Определение HbA1c может применяться для скрининга беременных женщин в I триместре. Проведение теста не требует много времени и дополнительных затрат.

### **ВЛИЯНИЕ ПЛАЗМЫ, БОГАЩЕННОЙ ТРОМБОЦИТАМИ, НА ПРОЦЕСС РЕПАРАЦИИ РУБЦА НА МАТКЕ**

**Шакиров И.И., Гайнутдинова А.А.  
Казанский государственный медицинский университет  
Научный руководитель – д.м.н., проф. Габидуллина Р.И.**

Актуальность. Одной из важнейших проблем современного акушерства является постоянно возрастающая частота операции кесарева сечения и формирование в последующем рубца на матке. Несмотря на стремление акушеров к ведению родов через естественные родовые пути, частота повторных операций у беременных с рубцом на матке остается достаточно высокой. Ведение беременности и тактика родоразрешения определяются полноценностью процесса репаративной регенерации тканей матки в области рубца. Клеточную пролиферацию и ангиогенез способны стимулировать факторы роста, имеющиеся в достаточном количестве в альфа-гранулах тромбоцитов.

Цель работы. Экспериментальное изучение особенностей процесса репаративной регенерации тканей матки в области послеоперационного шва, при использовании обогащенной тромбоцитами аутоплазмы.

Материал и методы исследования. Эксперимент выполнен на 36 беспородных самках кролика, которые были рандомизированы на контрольную и опытную группы. В опытной группе в область послеоперационного шва на матке вводилась обогащенная тромбоцитами плазма. Морфологическую картину репарации рубца на матке исследовали по ранговой системе оценки морфологической структуры и интенсивности экспрессии маркеров миометрия методом иммуногистохимии.

Результат работы. На 7 сутки послеоперационного периода в тканях матки, обработанных плазмой, обогащенной тромбоцитами, отмечалось более упорядоченное расположение миоцитов, меньшая степень воспалительной реакции, выраженная экспрессия маркеров миометрия при иммуногистохимическом исследовании. На 30 сутки рубец можно было отнести к морфологически состоятельному.

Выводы. Преобладание высокодифференцированных гладкомышечных клеток над соединительной тканью в области послеоперационного рубца в опытной группе позволяет сделать вывод о положительном влиянии аутоплазмы, обогащенной тромбоцитами, на процесс репаративной регенерации тканей матки.

### **ЭМА-МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ ШЕЕЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ**

**Аксенова Л.А.**

**Казанский государственный медицинский университет**

**Научный руководитель – д.м.н., проф. Хасанов А.А.**

Актуальность: В настоящее время, отмечается тенденция к увеличению случаев шейечной беременности. Шейечная беременность - редкая форма эктопической беременности, при которой прикрепление и развитие плодного яйца происходят в цервикальном канале шейки матки и, является серьезным осложнением беременности, угрожающим возникновением опасного для жизни женщины кровотечения.

Цель работы: Поиск оптимального метода лечения шейечной беременности с возможностью сохранения репродуктивной функции.

Задачи: Обзор доступной научной литературы по представленной теме, выбор наиболее достоверных диагностических мероприятий и способа лечения шейечной беременности.

Метод исследования: Анализ литературы по представленной теме.

Результаты: комплексное лечение шейечной беременности с применением ЭМА и внутриаартериальным введением метотрексата позволило сохранить репродуктивную функцию у молодых женщин и снизить риск кровотечения.

Заключение: ЭМА с внутриаартериальным введением метотрексата является оптимальным методом лечения шейечной беременности.

### **ПЛАСТИКА НЕСОСТОЯТЕЛЬНОГО РУБЦА НА МАТКЕ ТРАНСВАГИНАЛЬНЫМ СПОСОБОМ ВНЕ БЕРЕМЕННОСТИ**

**Ганиятова Р.Р.**

**Казанский государственный медицинский университет**

**Научный руководитель – к.м.н., асс. Гарифуллова Ю.В.**

Актуальность. Кесарево сечение в настоящее время является наиболее распространенной родоразрешающей операцией, частота которой за последние 10 лет увеличилась в 3 раза. Данный факт закономерно привел к увеличению осложнений, обусловленных "рубцовой маткой". В связи с неполноценностью рубца на матке только в плановом порядке подвергаются повторному кесареву сечению около 40-50% беременных независимо от срока гестации.

На сегодняшний день пластика несостоятельного рубца выполняется лапаротомным доступом. Данное вмешательство сопряжено с риском повреждения органов малого таза и брюшной полости, вероятностью развития спаечного процесса малого таза и бесплодия. Нами разработана методика пластики несостоятельного рубца на матке влагалищным доступом.

Цель. Изучить эффективность пластики несостоятельного рубца на матке трансвагинальным доступом вне беременности.

Материалы и методы исследования. 21 пациентке проведена пластика несостоятельного рубца на матке вагинальным доступом в соответствии с канонами классической влагалищной хирургии. Диагностика несостоятельного рубца проводилась с использованием метода соногистероскопии с трехмерной реконструкцией изображения. После операции повторная оценка состояния рубца через 6 и 12 месяцев.

Полученные результаты. У 19 (90,5%) пациенток после операции диагностирован сформированный состоятельный рубец, у 2 (9,5%) женщин сохранились признаки несостоятельности рубца на матке. За время наблюдения беременность наступила у 7 (3,3%) женщин, все пациентки родоразрешены оперативным путем на доношенном сроке.

Заключение. Пластика несостоятельного рубца на матке влагалищным доступом вне беременности является высокоэффективным методом, позволяющим пролонгировать следующую беременность до доношенного срока.

### **ТРУДНОСТИ ДИАГНОСТИКИ ВНЕМАТОЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ**

**Гудцева С.В., Хуснутдинова Г.А.**

**Казанский государственный медицинский университет**

**Научный руководитель – д.м.н., проф. Габидуллина Р.И.**

Цель исследования: установить диагностические критерии внематочной беременности.

Материалы и методы: ретроспективный анализ 390 историй болезней пациенток с внематочной беременностью. Методы исследования включали общеклинические, лабораторные, эхографические, морфологические, эндоскопические и статистические.

Результаты исследования. Принятый на современном этапе алгоритм диагностики внематочной беременности, включающий определение  $\beta$ -субъединицы хорионического гонадотропина ( $\beta$ -ХГЧ) и трансвагинального ультразвукового исследования (ТВУЗИ), позволил достаточно быстро верифицировать диагноз у 358 пациенток (91,8%). Однако у 32 (8,2%) женщин, поступивших с подозрением на внематочную беременность, диагностика была затруднена. Выявлено, что в 71,9% причинами выжидательной тактики явились интерстициальная локализация и прогрессирующая трубная беременность. При внематочной беременности до 4 недель (задержка менструации до 10-14 дней) критериями правильной постановки диагноза является прирост  $\beta$ -субъединицы хорионического гонадотропина в динамике. Проведение лапароскопии в этот период не имеет высокой диагностической ценности.

При сроке внематочной беременности 4 – 5 недель (задержка менструации более 14 дней) повышается информативность ультразвукового исследования, причем не только трансвагинального ультразвукового исследования, но и трансабдоминального. Поскольку при локализации в истмическом, ампулярном отделах труб плодное яйцо при

трансвагинальном ультразвуковом исследовании визуализируется не всегда, повышается значимость лапароскопии до 97,4%. К этому сроку большинство пациенток имеют жалобы на боли в животе и/или кровянистые выделения.

Заключение: при внематочной беременности до 4-х недель (задержка менструации до 10 – 14 дней) при отсутствии жалоб пациенток критериями госпитализации является прирост  $\beta$ -субъединицы ХГЧ в динамике. При задержке менструации более 14 дней достаточно определения положительного значения  $\beta$ -субъединицы ХГЧ в сыворотке крови, либо положительного мочевого теста на беременность.

#### **СОСТОЯНИЕ СОСУДИСТО-ТРОМБОЦИТАРНОГО ЗВЕНА ГЕМОСТАЗА У ЖЕНЩИН ФЕРТИЛЬНОГО ВОЗРАСТА С ГЕМАТОМЕЗЕНХИМАЛЬНЫМИ ДИСПАЗИЯМИ**

**Полякова Д.В.**

**Башкирский государственный медицинский университет**

**Научный руководитель – д.м.н., проф. Ящук А.Г., асс. Масленников А.В.**

Зачастую у больных с дисплазией соединительной ткани (ДСТ) обнаруживаются нарушения в системе гемостаза. Эта проблема активно изучается в рамках разных специальностей, но в акушерстве ещё недостаточно исследована.

Цель исследования: оценка сосудисто-тромбоцитарного звена гемостаза у женщин фертильного возраста с дисплазией соединительной ткани.

Методы исследования: Была обследована 41 пациентка детородного возраста с признаками дисплазии соединительной ткани и 20 здоровых женщин (группа контроля). Кроме клинико-анамнестических данных, изучалась агрегация тромбоцитов и активность фактора фон Виллебранда.

Результаты: Склонность к микроциркуляторной кровотоочивости и легкости образования синяков отмечалась у 61% больных женщин. В контрольной группе – 10% и 15% соответственно ( $p=0,001$  и  $p=0,004$ ). Повышенную кровотоочивость в группе с легкой степенью ДСТ отмечали 12,2% пациенток, с тяжелой степенью – 31,7%. На склонность к легкому образованию синяков в группе с легкой степенью ДСТ указывали 14,6% женщин, с тяжелой степенью – 29,3%.

Средний уровень тромбоцитов у больных составил  $205,8 \pm 8,0 \cdot 10^9/\text{л}$ , у здоровых женщин –  $274,6 \pm 6,0 \cdot 10^9/\text{л}$  ( $p < 0,05$ ). Агрегация тромбоцитов с АДФ у больных женщин составила  $53,4 \pm 2,8\%$ , у здоровых –  $76,8 \pm 3,2\%$  ( $p < 0,05$ ). Агрегация тромбоцитов с коллагеном составила у женщин с ДСТ  $50,1 \pm 2,2\%$ , в контрольной группе –  $76,2 \pm 3,2\%$  ( $p < 0,05$ ). Агрегация тромбоцитов с ристомидином у больных –  $62,1 \pm 2,3\%$ , у здоровых –  $80,9 \pm 2,7\%$  ( $p < 0,05$ ). Средний уровень активности фактора фон Виллебранда у больных ДСТ –  $55,8 \pm 2,7\%$ , у здоровых женщин –  $78,9 \pm 2,8\%$  ( $p < 0,05$ ).

Вывод: у женщин детородного возраста с синдромом дисплазии соединительной ткани наблюдалось: 1 – нарушения агрегационной функции тромбоцитов; 2 – снижение уровня тромбоцитов; 3 – прямая зависимость выраженности изменения со стороны сосудисто-тромбоцитарного звена гемостаза от степени тяжести дисплазии соединительной ткани.

#### **ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ИСХОДЫ, СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ВЕДЕНИЯ РОДОВ ПРИ ДОНОШЕННОЙ БЕРЕМЕННОСТИ И ПРЕЖДЕВРЕМЕННОМ ИЗЛИТИИ ОКОЛОПЛОДНЫХ ВОД**

**Рагимова А.А., Леухин Р.В., Измайлов А.А.**

**Казанский государственный медицинский университет**

**Научный руководитель – к.м.н., асс. Хайруллина Г.Р.**

Преждевременное излитие околоплодных вод является распространенной (10-19%) акушерской патологией при доношенном сроке на фоне отсутствия биологической готовности к родам. В настоящее время существует два подхода к ведению беременности и родов при данной патологии: активная тактика – определяет родовозбуждение через 3-5 часов после излития вод, вторая включает в себя активно-выжидательный период, с целью достижения биологической готовности к родам.

Цель исследования: целью нашей работы явилось изучение перинатальных исходов при разных подходах ведения беременности и родов с преждевременным излитием околоплодных вод.

Материалы и методы исследования: основную группу составили 28 беременных на сроке 38-41 недель с преждевременным излитием вод на фоне «незрелой» шейки матки по шкале Бишопа. У данной группы была использована активно-выжидательная тактика ведения с применением препарата мифепристон. Контрольную группу составили 28 беременных на доношенном сроке с излитием вод при отсутствии биологической готовности к родам. В этой группе использована тактика – родовозбуждение через 3-5 часов после излития вод.

Результаты и выводы: в первой группе длительность безводного периода составляла 36 часов и включала в себя обследование беременной и внутриутробного состояния плода. Подготовку к родам проводили мифепристоном (сразу после отхождения вод, второй – через 6 часов при отсутствии родовой деятельности). Во второй группе проводили родовозбуждение утеротониками, через 3-5 часов после излития вод. Изучая перинатальные исходы, мы отметили, что большинство детей в обеих группах родились в удовлетворительном состоянии, и средняя оценка по шкале Апгар на 1 и 5 минутах составила 7-8 баллов. В асфиксии чаще рождались дети второй группы. Симптомы гипоксически-ишемического поражения ЦНС также чаще диагностировались у детей II группы. Частота внутриутробного инфицирования между группами достоверно не различалась и составила 1,2% в первой и 2,0% во второй группе. Таким образом, проведение активно-выжидательной тактики при преждевременном излитии околоплодных вод на фоне отсутствия биологической готовности к родам у беременных с доношенным сроком позволяет значительно улучшить перинатальные исходы.

#### **КЛИНИЧЕСКИ УЗКИЙ ТАЗ - ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ИСХОДЫ**

**Хикматуллина К.А.**

**Казанский государственный медицинский университет**

**Научный руководитель – к.м.н., асс. Хайруллина Г.Р.**

Основными причинами перинатальной заболеваемости и смертности по-прежнему остаются гипоксически-ишемические поражения центральной нервной системы. Очевидно, что немаловажную роль в возникновении повреждений головного мозга у детей, особенно при наличии различных нарушений по данным антенатального мониторинга, играют осложнения родового акта и метод родоразрешения.

Одним из наиболее частых показаний для оперативного родоразрешения является формирование клинически узкого таза, возникающее при различных формах и степенях сужения таза, перенесенной беременности, крупных размерах плода.

Цель исследования: целью нашего исследования было изучить причины возникновения клинически узкого таза, а также влияние этой патологии на частоту и тяжесть перинатальных поражений центральной нервной системы у новорожденных.

Материалы и методы: были проанализированы 43 истории родов в акушерском отделении ГАУЗ ГКБ№7 у женщин, которым проводилось оперативное родоразрешение в связи с формированием клинического несоответствия размеров головы плода и таза матери.

Результаты и выводы: первобеременных было 45,7%, первородящих – 82,3%. Патологический прелиминарный период диагностирован у 1/3 беременных. У 37,7% женщин выполнена амниотомия. Преждевременное излитие околоплодных вод отмечено у 22,3%, ранее – в 20,3% случаев. Родовозбуждение и/или родостимуляция проводилась у 61,7% пациенток. Среднее время окситоцина составило  $4,92 \pm 2,3$  часа. У каждой четвертой беременной на фоне клинического узкого таза имела место хроническая внутриутробная гипоксия плода.

Диагноз клинического несоответствия был поставлен при полном раскрытии маточного зева у 70,3% рожениц, при раскрытии 7-8 см – у 13,7%. Оценка новорожденных по шкале Апгар составила на 1 минуте  $7,63 \pm 1$ , на 5 –  $8,59 \pm 0,57$  балла.

В раннем неонатальном периоде у каждого третьего новорожденного отмечались признаки нарушений функции центральной нервной системы (симптомы угнетения, возбуждения и др.). Почти 17% детей были переведены в отделение патологии новорожденных в связи с перинатальными поражениями центральной нервной системы различной степени тяжести.

Таким образом, с целью снижения травматизации плода в родах в результате формирования клинически узкого таза показано срочное родоразрешение путем операции кесарева сечения.

## **РОЛЬ НАСЛЕДСТВЕННЫХ ТРОМБОФИЛИЙ ПРИ ПРИВЫЧНОМ НЕВЫНАШИВАНИИ БЕРЕМЕННОСТИ**

**Уразбахтина К.А.**

**Казанский государственный медицинский университет**

**Научный руководитель – к.м.н., доц. Минуллина Н.К.**

По социальной значимости невынашивание беременности остаётся в настоящий момент наиболее актуальной проблемой в акушерстве. Среди многих причин, которые в настоящее время подробно освещены, наименее изученной остаётся роль наследственных тромбофилий.

Таким образом, тромбофилические состояния являются важнейшим патогенетическим фактором развития осложнений в акушерстве.

Целью данного исследования является изучение влияния наследственных тромбофилий на частоту и сроки репродуктивных потерь у женщин с привычным невынашиванием беременности по данным литературных источников.

В ходе исследования, по данным источников научной литературы: Из 100 обследуемых женщин с генетическими аномалиями у 89% в анамнезе присутствовали тромботические осложнения, из которых синдром потери плода составил 53,9%.

При анализе клинических проявлений тромбофилии у пациенток с синдромом потери плода была выявлена следующая закономерность: тромбозы в анамнезе имели пациентки либо с гомозиготной мутацией FV Leiden, либо с сочетанием АФА и FV Leiden, мутацией протромбина G20210A или полиморфизмом PAI-1 4G/ 4G.

Вывод: Таким образом, достаточно высокий процент потери плода, связанный с генетическими аномалиями, требует дальнейших исследований и мероприятий, направленных на выявление и коррекцию данной патологии.

## **ПРИМЕНЕНИЕ ПРОСТАГЛАНДИНА E2 У БЕРЕМЕННЫХ С РУБЦОМ НА МАТКЕ ПОСЛЕ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ**

**Ибатуллина З.М.**

**Казанский государственный медицинский университет**

**Научный руководитель – д.м.н., проф. Габидуллина Р.И.**

Целью исследования явилось изучение эффективности и безопасности применения простагландина E2 интрацервикально в подготовке шейки матки к родам у беременных с рубцом после кесарева сечения.

Материал и методы исследования

В исследование были включены 98 беременных с рубцом на матке и 61 без рубца на сроках гестации 40-41 неделя при отсутствии готовности организма беременных к родам. Пациентки были распределены на 3 группы: 1 группа – 61 беременная с рубцом на матке, у которых для подготовки шейки матки применялся ПГ E2; 2 группа – 61 беременная без рубца на матке с применением ПГ E2; 3 группа – 37 беременных с рубцом на матке с самостоятельным развитием родовой деятельности. По результатам оценки состояния шейки матки по шкале Bishop, каждая группа была разделена на 2 подгруппы: а) с «незрелой» (0-5 баллов) и б) «недостаточно зрелой» (6-8 баллов) шейкой матки.

Результаты исследований. Применение простагландина E2 с целью подготовки шейки матки к родам у беременных с рубцом в случаях с «недостаточной зрелостью» оказалось эффективным в 100% случаев. При «незрелой» шейке матки эффективность при однократном введении геля составила 93,8%. Состоятельный рубец после КС не оказывал влияния на родовую деятельность. Медикаментозная подготовка родовых путей простагландином E2 у беременных с рубцом после кесарева сечения позволила у двух третей пациенток избежать повторного кесарева сечения.

Заключение. Проведенные исследования показали эффективность и безопасность применения интрацервикального геля простагландина E2 в подготовке родовых путей при «недостаточно зрелой» шейке матки у беременных с рубцом после кесарева сечения.

## **РОЛЬ НАРУШЕНИЯ МИКРОЭЛЕМЕНТНОГО ГОМЕОСТАЗА СИСТЕМЫ МАТЬ-ПЛОД ПОД ВОЗДЕЙСТВИЕМ ВРЕДНЫХ ЭКЗОГЕННЫХ ФАКТОРОВ В РАЗВИТИИ АКУШЕРСКОЙ ПАТОЛОГИИ**

**Мамина Г.Н.**

**Казанский государственный медицинский университет**

**Научный руководитель – к.м.н., асс. Орлов Ю.В.**

Цель: изучение нарушения микроэлементного гомеостаза многофункциональной системы мать-плод в условиях воздействия неблагоприятных экзогенных факторов и определение возможных профилактических и лечебных мероприятий по его устранению.

Методы: изучение акушерского, профессионального и социального анамнеза, соматического статуса, особенностей течения настоящей беременности и родов; клинико-биохимические исследования крови (с определением электролитного баланса) и мочи беременных; УЗИ (фетометрия плода), определение содержания микроэлементов в волосах беременных методом атомно-абсорбционной спектроскопии и др. Для математической обработки результатов используются стандартные методы описательной статистики, критерий однородности Х-квадрат Пирсона, непараметрические методы.

В результате многофакторного анализа выявлено, что в условиях воздействия вредных экзогенных факторов течение беременности и исход родов характеризуются тенденцией к росту частоты акушерской патологии. Отмечена прямая зависимость угрозы прерывания беременности и гипоксии плода - от неблагоприятных условий проживания ( $P < 0,03$ ); крупного плода - от условий проживания ( $P < 0,04$ ) и профессиональной вредности матери ( $P < 0,02$ ); ЗВУР плода - от длительности проживания в неблагоприятном районе и особенностей питания ( $P < 0,02$ ); преждевременных родов - от питания ( $P < 0,001$ ). Изменение баланса микроэлементов при этом характеризуется повышением содержания эссенциальных элементов Pb ( $P < 0,01$ ), Cd ( $P < 0,01$ ), Cu ( $P < 0,05$ ), Co ( $P < 0,02$ ) и уменьшением концентраций Zn ( $P < 0,05$ ) в волосах беременных. При ЗВУР и гипоксии плода, появлении желтухи у новорожденного, наличии крупного плода отмечено уменьшение концентраций Zn ( $P < 0,04$ ) и Cu ( $P < 0,01$ ) при повышенном содержании Co ( $P < 0,01$ ), Ni ( $P < 0,05$ ), Cd ( $P < 0,01$ ).

Выводы: определение содержания микроэлементов в биосубстратах является критерием выделения групп риска по акушерской патологии. Включение в комплексную терапию Mg, Ca, K, фолиевой кислоты и ряда других препаратов, способствующих нормализации микроэлементного баланса во время беременности, является профилактикой и лечением различных патологических состояний.

### **ИННОВАЦИОННЫЕ МЕТОДЫ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И ИСХОДА РОДОВ У ЖЕНЩИН ГРУППЫ ВЫСОКОГО РИСКА**

**Тюгаева Э.А., Гарнышева А.А.**

**Казанский государственный медицинский университет**

**Научный руководитель – к.м.н., асс. Орлов Ю.В., д.м.н., проф. Хасанов А.А.**

Актуальность проблемы. По данным ВОЗ, уровень перинатальной смертности в России варьирует от 18 до 21‰. Одно из первых мест занимают осложнения перинатального периода (60 %), чаще родовые травмы, прогнозирование которых затруднено и обычно сопровождается большим процентом (до 40 %) ошибок. Уровень перинатальной заболеваемости и смертности повышен у беременных и рожениц группы «высокого риска» перинатальной патологии и определяет около 2/3 всех перинатальных потерь. Необходима как оптимизация уже существующих методов перинатальной диагностики, так и разработка современных методов прогнозирования исхода родов.

Цель исследования: снижение перинатальной заболеваемости и смертности, а также уменьшение проведения необоснованного кесарева сечения.

Задачи исследования: Исследование индивидуальных особенностей женского организма, плода и новорожденного в разные периоды беременности, родов, послеродового периода. Анализ полученных данных с построением имитационной модели родового акта. Разработка методических рекомендаций учёта индивидуальных особенностей плода и новорожденного для построения алгоритма ведения беременности и родов. Создание опытного образца имитационной модели родового акта. Его разработка и клинические испытания. Апробация применения алгоритма прогнозирования течения и ведения нормальной беременности и физиологических родов с учётом индивидуальных особенностей матери и плода.

Материалы и методы исследования: стандартные методы акушерского исследования с акцентом на измерение костного таза женщины и размеров головки плода, с применением ультразвукового исследования и томографии.

Заключение. Имитационная модель родового акта с учётом особенностей матери и плода с визуализацией продвижения плода по родовому каналу и изменений конфигураций головки позволит более точно прогнозировать течение родов и предотвращать родовые травмы матери и её ребёнка. В дальнейшем это позволит отказаться от проведения необоснованной операции кесарева сечения, снизить затраты на ведение послеоперационного периода матери, лечение и реабилитацию новорожденных.

### **ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ СВИНЦА НА ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ В УСЛОВИЯХ АНТРОПОГЕННОГО ВОЗДЕЙСТВИЯ НА ОКРУЖАЮЩУЮ СРЕДУ**

**Гарнышева А.А.**

**Казанский государственный медицинский университет**

**Научный руководитель – к.м.н., асс. Орлов Ю.В.**

Актуальность. За последнее время резко увеличилось количество автотранспорта - главного поставщика тяжелых металлов в окружающую среду. В этой связи свинец стал наиболее распространенным экзотоксикантом, который является одним из широко известных токсичных для человека ксенобиотиков. Медицинское значение свинца определяется его способностью проникать в организм и накапливаться в нем, оказывая политропное действие. Известно, что при хроническом воздействии малых доз соединений свинца в первую очередь страдают органы кроветворения (анемия), нервная система (энцефалопатии и нейропатии), органы чувств, почки (нефропатии) и сердечно-сосудистая система. При этом, какие либо клинические симптомы острого или хронического отравления отсутствуют. Наиболее восприимчива к свинцу кроветворная система беременных и детей, как наиболее подверженных воздействиям такого рода. Показано, что избыток свинца в организме приводит к снижению содержания жизненно важных элементов (Ca, Mg, Fe, Zn и Se) в органах и тканях.

Результаты исследования. В группе исследованных нами 144 беременных превышение физиологических концентраций свинца в волосах присутствовало у 12,9% женщин. У этих беременных было отмечено увеличение количества анемий, составившее 86%; среди них анемий I ст. – 92,3%, II ст. – 7,1%, III ст. – 0,6%. Фетоплацентарная недостаточность наблюдалась у 6,2% этих женщин. Гестозы отмечались в 61,6% случаях, среди них средней тяжести – 44,7%. У 1,4% беременных установлена неразвивающаяся беременность. Задержка внутриутробного развития плода отмечалась у 15,5% женщин. Первичная слабость родовой деятельности - у 93,8%. Характерно, что из этой группы женщин только 34% были связаны с органическим и неорганическим химическим производством, остальные же проживают в условиях промышленного города.

Выводы. Беременных и их новорожденных, проживающих в регионе с высокой антропогенной нагрузкой, следует относить в группу «высокого риска» по развитию акушерской патологии и осложнений перинатального периода. Им следует назначать корригирующую терапию с целью выведения тяжелых металлов из организма и нормализации микроэлементного баланса.

## **МИОМА МАТКИ С РОСТОМ В ПОСТМЕНОПАУЗЕ ПРИ СТРОМАЛЬНОМ ГИПЕРТЕКОЗЕ ЯИЧНИКОВ**

**Липатова И.О.**

**Казанский государственный медицинский университет  
Научный руководитель – к.м.н., доц. Журавлева В.И.**

Цель. Анализ клинического течения заболевания с детализацией патогенетических механизмов роста миомы матки в постменопаузе у пациентки 64 лет.

Материалы и методы. Пациентка С., 64 лет поступила в клинику медицинского университета с жалобами на периодические кровянистые выделения из половых путей. Менструации с 16 лет по типу дисменореи, 1 беременности и 1 роды, 13 лет в постменопаузе. В течение 20 лет миома матки с ростом в постменопаузе. С пременопаузы - вирильный синдром, себорея, висцеральное ожирение. Отмечаются подъемы артериального давления до 200/100 мм.рт.ст. и инспираторная одышка при физической нагрузке. Изменения в лабораторных анализах: дислипидемия с преобладанием атерогенных фракций, увеличение общего тестостерона (7,2 нмоль/л), соотношение ЛГ/ФСГ=1,9, нарушение толерантности к глюкозе. При УЗИ органов малого таза - множественная миома матки, гиперплазия эндометрия, двустороннее увеличение яичников. Выполнена влагалищная экстирпация матки с придатками.

Результаты. Макропрепарат: матка увеличена до 9-10 недель беременности за счет двух миоматозных узлов диаметром 6 см каждый. Узлы имеют типичное строение, плотные. На разрезе - фиброзный полип, заполняющий полость матки. Яичники: овоидной формы, размером 5х3 см каждый, с гладкой поверхностью, желто-коричневого цвета на разрезе, плотные. При гистологическом исследовании ткани яичников обнаружена диффузная стромальная гиперплазия обоих яичников с отдельными очагами лютеинизированных клеток. При гистологии ткани матки - железисто-фиброзный полип. Строение миоматозных узлов соответствует лейомиомам.

Заключение. При овариальном гипертекозе происходит гиперпродукция андрогенов тека-тканью яичников, что приводит к внегонадному синтезу эстрогена. В результате, возрастает риск развития гиперплазии эндометрия и миомы матки. Гиперандрогения снижает чувствительность тканей к инсулину, а висцеральное ожирение еще больше усугубляет инсулинорезистентность. Женщины с гипертекозом относятся к группе повышенного риска развития сердечно-сосудистых заболеваний, сахарного диабета 2 типа и рака эндометрия.

## **К ВОПРОСУ О РАЦИОНАЛЬНОЙ ФАРМАКОТЕРАПИИ БЕССИМПТОМНОЙ БАКТЕРИУРИИ У БЕРЕМЕННЫХ**

**Нурмухаева А.Ж.**

**ОА «Медицинский университет Астана»  
Научный руководитель – к.м.н., асс. Ким Т.В.**

Цель: Определить эффективную «комплаенс» терапию бессимптомной бактериурии у беременных, базирующейся на основе данных доказательной медицины.

Материал и методы исследования: Исследование проведено на базе ГКП на ПХВ "Городской родильный дом" г. Астаны. Проведено лечение 62 беременных с диагностированной бессимптомной бактериурией. Пациентки были разделены на основную группу и группу-сравнения..

Полученные результаты и обсуждение: Согласно протоколу «Наблюдение за физиологической беременностью», утвержденному пр. № 239 МЗ РК, проведено обследование на бактериологическое исследование средней порции мочи у 80 беременных с диагностированной первичной бактериурией. Из них у 77,5% (62) беременных, при отсутствии клинических проявлений инфекций мочевых путей, было выявлено ?105 КОЕ/мл одного штамма бактерий в 1 мл средней порции мочи. В 84,0% этиологическим фактором развития бессимптомной бактериурии явились *Escherichia coli*, в 16,1% – *Enterococcus faecalis*. Во всех исследуемых группах отмечалась спонтанная инициализация родовой деятельности до 24 часов безводного периода. В 2 случаях (6,3%) в группе сравнения была выявлена персистенция инфекции в III триместре беременности. При доплерометрическом сканировании определены синдром плацентарных трансфузий у 3,3% в 1 группе, во 2 группе – у 18,8% и 12,5% признаки ЗВУР плода. Средняя оценка новорожденных по шкале Апгар составила в 1 группе 8,7±0,01 балл на 1 минуте и 9,2±0,02 балла на 5 минуте, в группе сравнения 7,4±0,01 балл и 8,3±0,01 баллов соответственно.

Заключение: На сегодняшний день, рациональный и бережный антенатальный уход в нашей стране является приоритетным и одним из основных его принципов является демедикализация. Но в случае с бессимптомной бактериурией ожидаемая польза для матери и плода от антибактериальной терапии всегда превышает риски. Поэтому применяемая антибактериальная терапия должна базироваться на основе данных доказательной медицины, которые рекомендуют 1 или 3-х дневные короткие курсы антибиотикотерапии. И эффективным, в качестве эрадикации бессимптомной бактериурии у беременных с высокой комплаентностью, следует считать однократный прием 1 г фосфомицина.

## **НЕУДАЧИ ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНОГО ОПЛОДОТВОРЕНИЯ**

**Гайсин Р.Ф., Габдулвалеева Д.Х.**

**Казанский государственный медицинский университет  
Научный руководитель – к.м.н., доц. Журавлева В.И.**

Экстракорпоральное оплодотворение вспомогательная репродуктивная технология, используемая в случае бесплодия. Метод имеет длительную историю, несмотря на относительно недавнее начало его практического использования. R.G.Edwards и P.C. Steptoe обобщили и трансформировали результаты всех исследований в метод, пригодный для практического применения у человека, с помощью которого впервые удалось обеспечить рождение первого ребенка «из пробирки» Луизы Браун в Англии в 1978 году. Эпидемиологические исследования, проведенные в России, показывают, что частота бесплодных браков среди населения репродуктивного возраста колеблется от 8 до 17%, а в ряде регионов этот показатель ещё выше и имеет тенденцию к увеличению. Актуальность бесплодного брака в современной медицине обусловлена не только растущей частотой нарушений репродуктивной сферы у женщин и мужчин фертильного возраста, но и сохраняющейся низкой эффективностью имеющихся методов лечения супружеского бесплодия. Эффективным методом лечения бесплодия является применение экстракорпорального оплодотворения, которое получает все большее распространение Согласно отчету Российской ассоциации



репродукции человека, около 30 % беременностей, которые наступили в результате ЭКО-ПЭ и ИКСИ, не завершаются родами. Основной проблемой применения ЭКО, наряду с невынашиванием и состоянием здоровья потомства, остается многоплодие, обусловленное самой технологией. Также немалые этические проблемы возникают в связи с так называемой редукцией эмбрионов, при которой не только грубо нарушаются права внутриутробного плода на жизнь, но и возникает опасность травматизации других эмбрионов.

Цель работы: анализ и изучение факторов, обуславливающих неудачи экстракорпорального оплодотворения.

Для достижения цели работы необходимо изучить «пробелы» метода ЭКО, состояние здоровья женщин перед проведением метода.

Полученные в ходе исследования результаты позволяют внедрить меры, направленные на совершенствование метода.

## **ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНОЕ ОПЛОДОТВОРЕНИЕ**

**Габдулвалеева Д.Х., Гайсин Р.Ф.**

**Казанский государственный медицинский университет**

**Научный руководитель – к.м.н., доц. Журавлева В.И.**

Экстракорпоральное оплодотворение - вспомогательная репродуктивная технология, используемая в случае бесплодия («оплодотворение в пробирке», «оплодотворение in vitro», «искусственное оплодотворение»). Актуальность бесплодного брака в современной медицине обусловлена не только растущей частотой нарушений репродуктивной сферы у женщин и мужчин фертильного возраста, но и сохраняющейся низкой эффективностью имеющихся методов лечения супружеского бесплодия. В последние годы, благодаря применению новых вспомогательных репродуктивных технологий, достигнуты значительные успехи в лечении бесплодия. Ведущими причинами бесплодия у женщин являются: трубно-перитонеальная форма (40-50%), эндокринные нарушения (15-30%), эндометриоз (20-46%). ЭКО проводят в стимулированном или в естественном циклах: в первом случае программа ЭКО начинается со стимуляции яичников, в результате которой у женщины созревает несколько фолликулов, в которых находятся яйцеклетки. Стимуляция суперовуляции может привести к развитию тяжелых форм синдрома гиперстимуляции яичников, характеризующегося нарушением деятельности всех систем организма женщины и представляющего угрозу для ее жизни. Следующим этапом программы ЭКО является пункция яичников и извлечение яйцеклеток, которые затем оплодотворяются спермой мужа или донора вне организма женщины. В естественном цикле стимуляцию яичников не проводят. Собственно оплодотворение проводят одним из двух способов: 1) инсеминация in vitro; 2) интрацитоплазматическая инъекция сперматозоидов (ICSI, ИКСИ). При первом способе к яйцеклеткам, которые находятся в питательной среде, добавляют суспензию сперматозоидов. (100—200 тыс. на яйцеклетку). При втором способе (ИКСИ) сперматозоид вводят в яйцеклетку «вручную» с помощью микрохирургических инструментов. По совокупности факторов, связанных с этиологией и патогенезом бесплодия, характером и длительностью лечения, возрастом, соматическим здоровьем особенностями психоэмоционального статуса и технологии ЭКО, пациентки после ВРТ относятся к группе риска по невынашиванию беременности. У всех беременных, прошедших программу ЭКО, имеется хотя бы один, а чаще несколько факторов, отягчающих течение беременности.

## **ОСОБЕННОСТИ РАЗВИТИЯ ПАТОЛОГИИ БЕРЕМЕННОСТИ ПРИ ДИСБАЛАНСЕ СОДЕРЖАНИЯ МАГНИЯ В ОРГАНИЗМЕ ЖЕНЩИНЫ**

**Якупова А.А.**

**Казанский государственный медицинский университет**

**Научный руководитель – к.м.н., асс. Орлов Ю.В.**

Цель: изучение роли нарушения концентрации магния в развитии патологии беременности и определение возможных профилактических и лечебных мероприятий по его устранению.

Метод: изучение акушерского анамнеза, соматического статуса, течения настоящей беременности и родов, определение содержания магния в волосах беременных методом атомно-абсорбционной спектрометрии.

Результаты: проведено исследование группы женщин с акушерской патологией, в том числе с угрозой прерывания беременности и привычным невынашиванием. Группа состояла из 83 женщин, не имеющих соматических заболеваний, без вредных привычек, с аналогичным социальным и профессиональным статусом. Материалом для исследования были выбраны волосы, так как они являются наименее динамической биосредой среди других биосубстратов и имеют неоспоримые преимущества. Волосы отражают минеральный обмен всего организма.

С наступлением беременности потребность в микроэлементах повышается практически в два раза. Одним из самых необходимых из них уверенно можно назвать магний. Данный микроэлемент участвует практически во всех биохимических реакциях, он принимает участие в передаче генетической информации, в выработке энергии, усвоении глюкозы, передаче нервного сигнала, синтезе белков, построении костной ткани, регуляции расслабления и напряжения сосудов и мышц. Важнейшее свойство магния при беременности нормализация тонуса матки и сохранение

В результате исследования определено, что у женщин с угрозой прерывания беременности на ранних сроках действительно присутствует недостаток магния в организме, который дает прямую корреляционную зависимость с высокой степенью достоверности ( $P < 0,001$ ).

Выводы: исходя из результатов нашего исследования, мы рекомендуем при планировании беременности определять уровни микроэлементов в организме женщины для оптимального ведения прегестационного периода. При установлении дисбаланса магния своевременно назначать корректирующую терапию как во время, так и до наступления желанной беременности.

## **БИОЛОГИЧЕСКИЕ СРЕДЫ ЖЕНЩИНЫ КАК ИНДИКАТОР СОСТОЯНИЯ МНОГОФУНКЦИОНАЛЬНОЙ СИСТЕМЫ МАТЬ-ПЛОД**

**Валиуллина Г.З.**

**Казанский государственный медицинский университет**

**Научный руководитель – к.м.н., асс. Орлов Ю.В.**

В группе индикаторных биосред (кровь, моча, ногти, зубы) считается, что элементный состав волос лучше других отражает воздействие на человека различных концентраций комплекса неблагоприятных экзогенных факторов и определяет суммарное поступление различных веществ в организм. Кроме того, волосы по сравнению с «динамическими» средами показывают микроэлементное состояние организма за длительное время, не ориентируясь лишь на суточный обмен. К примеру, вариабельность показателя Са в крови в течение суток составляет 80%. Максимальная кальциемия регистрируется около 20 час, минимальная в 3-5 ч. Концентрация кальция у лиц старше 50 лет существенно выше, чем у детей, а у женщин она на 7% ниже, чем у мужчин. Более высокий уровень Са отмечается летом и осенью, в менопаузе у женщин, при иммобилизации или физических упражнениях, при беременности и т.д.

В связи с этим значительный интерес представляет исследование волос для объективного выявления состояния обмена микроэлементов в организме беременной. Во многих отношениях волосы являются благоприятным материалом для исследований и имеют ряд преимуществ: проба может быть получена не инвазивным методом, для хранения материала не требуется специального оборудования, волосы не утрачивают диагностическую ценность и сохраняются без ограничения во времени. Показано, что содержание микро- и макроэлементов в волосах отражает элементный статус всего организма в целом и пробы волос являются интегральным показателем минерального обмена. Они являются второй по порядку метаболической активности тканью после костного мозга и обладают кумулятивными свойствами.

Вывод: для определения микроэлементного состояния функциональной системы мать-плод наиболее эффективно использование как биологического материала проб волос женщины, так как они максимально точно отражают микроэлементный статус организма в целом и являются доступным и неинвазивным материалом для анализа. Кроме того, данная информация необходима акушеру-гинекологу для сопровождения беременности при назначении витаминных и минеральных комплексов с корригирующей профилактической и лечебной целью.

## **ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ЛНГ- ВМС «МИРЕНА» У ПАЦИЕНТОК С МИОМОЙ МАТКИ ПОСЛЕ ОПЕРАТИВНЫХ РОДОВ**

**Галин Д.А., Гурьянова Р.Р., Нурутдинова В.А.**  
**Казанский государственный медицинский университет**  
**Научный руководитель – д.м.н., доц. Илизарова Н.А.**

Идеального метода контрацепции нет, особенно, когда речь идет о пациентках после оперативных родов. Актуален метод, который не оказывает влияния на лактацию, долгосрочный, с положительным лечебным эффектом, так как ряд родильниц с ОАГА. У 30-60 % среднего репродуктивного возраста стоит диагноз ФТМ. Беременность и кесарево сечение являются мощными провоцирующими факторами роста узлов. ЛНГ-ВМС - надежный метод контрацепции, стабилизации и регресса миоматозных узлов у женщин после оперативных родов.

Цель исследования: Изучить влияние «Мирены» на состояние миоматозных узлов у пациенток после оперативных родов.

Материалы и методы: Проанализирована динамика изменения миоматозных узлов у 19 пациенток после оперативных родов. Средний возраст 31 год. Все пациентки с бесплодием в анамнезе, после консервативной миомэктомии с адьювантной терапией а-ГнРГ или гинестрилом, ростом и рецидивом ФТМ во время беременности. Все пациентки оперативно родоразрешены в плановом порядке в срок. В 2 (11%) случаях во время операции кесарева сечения произведена консервативная миомэктомия – удалены узлы 4 и 5 см в диаметре. В основной группе, которая составила 13 (68,5%) пациенток - на 7 неделе после кесарева сечения введена «Мирена». Группа сравнения - 6 (31,5%) женщин без терапии.

Результаты: После введения «Мирены», в основной группе, общий объем узлов к 6 месяцам уменьшился с  $30 \pm 29$  до  $19 \pm 21$ . В группе сравнения отмечалась обратная, отрицательная динамика - у 6 (31%) пациенток через 6 месяцев после родов диагностирован рост узлов от 30 мм до 47 мм.

Вывод: «Мирена» обладает положительным терапевтическим эффектом в отношении миоматозных узлов. Достоверно уменьшился объем матки и миоматозных узлов.

## **ОПЫТ ОРГАНОСОХРАНЯЮЩЕГО ЛЕЧЕНИЯ ШЕЕЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ**

**Ялтанская А.А.**  
**Казанский государственный медицинский университет**  
**Научный руководитель – к.м.н., доц. Эгамбердиева Л.Д.**

Цель исследования. Оценить эффективность органосохраняющего лечения женщин с шейечной беременностью.

Материал исследования. Динамическое обследование 11 женщин с шейечной беременностью, поступивших в отделение гинекологии Республиканской клинической больницы с 2006 по 2012 г.

Методы исследования:

- включали гинекологический анамнез (во всех случаях отягощенный)
- бимануальное влагалищное исследование (шейка мягкая, укорочена, бочкообразной формы, цианотична, зев эксцентричен, увеличение шейки в сравнении с телом)
- ультразвуковое исследование трансвагинальным датчиком на аппарате IU - 22 с цветным доплеровским картированием.

• определение бета-субъединицы хорионического гонадотропина человека в сыворотке крови в динамике (максимальное значение 102190 МЕ/л),

- эмболизация маточных артерий проводилась на ангиографической системе Allura

Результаты исследования. Наша тактика зависела от ультразвуковой картины шейечной беременности. При приращении хориона удалить плодное яйцо не возможно. Это как раз те случаи, когда пациентки погибали от профузных кровотечений.

- Ультразвуковых признаков приращения нет - одномоментное выскабливание цервикального канала и полости матки в условиях развёрнутой операционной. Осложнений не было.

• Ультразвуковые признаки приращения есть - эмболизация маточных артерий. Селективное введение метотрексата в маточные артерии или введение метотрексата в плодное яйцо. Бережное выскабливание полости матки и цервикального канала. Осложнений не было. Общая доза метотрексата не превышала 100мг.

Выводы:

- Пациенткам с кровянистыми выделениями при наличии факторов риска необходимо проведение ультразвукового исследования с цветным картированием для исключения шейечной беременности.

- Наш опыт показывает высокую эффективность дифференцированного подхода консервативного лечения шеечной беременности в зависимости от ультразвуковой и доплерографической картины в каждом конкретном случае.
- Во всех случаях эвакуацию плодного яйца необходимо проводить в условиях развернутой операционной
- При проведении комплексной терапии необходимо осуществлять динамический контроль за бета-субъединицей хорионического гонадотропина человека.

#### **АБОРТЫ И ИХ ПОСЛЕДСТВИЯ ДЛЯ БЕРЕМЕННОСТИ**

**Гафиуллина А.Д.**

**Казанский государственный медицинский университет  
Научный руководитель – к.м.н., доц. Журавлева В.И.**

Согласно статистике, ежегодно в мире производится около 45 миллионов аборт, т.е. в год 4% всех женщин разных возрастных категорий искусственно прерывают беременность. Из вышеприведенных цифр можно сделать вывод, что в мире каждая четвертая беременность заканчивается искусственным аборт!

Большая часть женщин, прошедших через аборт и страдающих от его последствий, сознаются в том, что им хотелось бы знать обо всех фактах еще до его проведения. Ведь, как и всякое действие, аборт влечет за собой неизбежные последствия.

Последствия искусственных аборт весьма часто и отрицательно отражаются на дальнейших детородных функциях женщины: невынашивание беременности, резус-конфликт, преждевременный разрыв плодных оболочек, слабость родовой деятельности, аномалии отделения и расположения плаценты, самопроизвольные аборт, преждевременные роды, бесплодие.

Целью моего исследования является: влияние аборт на репродуктивную функцию женщины, течение беременности, ее исходы, состояние новорожденных.

Мною было изучено ретроспективно истории родов у 65 женщин.

Обращалось внимание на возраст женщины, число аборт, сроки беременности, на которых она оперировалась, методы прерывания, последующая реабилитация.

При анализе историй родов у женщин, перенесших аборт было выявлено, что у 25% наблюдались симптомы прерывания беременности, у 20% осложнения в родах в виде преждевременного отхождения околоплодных вод, у 30% слабость родовой деятельности.

Таким образом, прерывания беременности путем выскабливания полости матки приводит к многочисленным и разнообразным осложнениям как в течении беременности, так и при родоразрешении.

Помните, что искусственный аборт представляет потенциальную опасность для последующей беременности, ее течения и исхода, как для самой матери, так и для плода.

Знание врага в лицо — огромный шаг на пути к победе: громкому крику новорожденного малыша и вашему материнскому счастью!

#### **ВОССТАНОВЛЕНИЕ МЕНСТРУАЛЬНОЙ ФУНКЦИИ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЕ**

**Гильмуллина Ф.Ф., Ахметшина Л.Р.**

**Казанский государственный медицинский университет  
Научный руководитель – к.м.н., доц. Журавлева В.И.**

В современном мире из-за большого количества генитальной и экстрагенитальной патологии, а также рубцов на матке после операции кесарево сечение, частота родоразрешений оперативным путем увеличилась. Целью нашей работы было исследование восстановления менструальной функции у женщин после операции кесарево сечение.

Задачи исследования:

- 1) изучение течения беременности, послеродового периода у женщин, которым проводилось кесарево сечение;
- 2) изучение восстановления менструальной функции;
- 3) определение продолжительности периода лактации и выявление зависимости между восстановлением менструальной функции и периодом грудного вскармливания.

В ходе нашей исследовательской работы мы использовали архивные материалы и опрос 50 женщин, перенесших операцию в 2009 году; среди них у 23 выполнено плановое, у 27 - экстренное кесарево сечение.

Результаты анализа историй родов, а также проведенное обследование их через 5 лет не выявили существенных нарушений в менструальном цикле, что позволяет говорить об отсутствии влияния кесарева сечения на менструальную функцию. Детородная функция у женщин после кесарева сечения является предметом нашего дальнейшего исследования.

#### **РОЛЬ ВПЧ В ПАТОЛОГИИ ШЕЙКИ МАТКИ: ПУТИ РЕШЕНИЯ ПРОБЛЕМЫ**

**Демидова Ю.П.**

**Казанский государственный медицинский университет  
Научный руководитель – к.м.н., асс. Субханкулова А.Ф.**

Статистика свидетельствует, что практически каждая вторая россиянка (52, 7 %) имеет гинекологическое заболевание, у 70 % из них это ИППП. Гинекологическая онкология наблюдается у каждой пятой женщины. Такая неблагоприятная обстановка в гинекологии сложилась не только в России, но и во всем мире. Специалисты объясняют эту ситуацию плохой экологией, низкой сексуальной культурой населения, поэтому, несмотря на существенные достижения в вопросах изучения этиологии, патогенеза и терапии многих гинекологических заболеваний, их число с каждым годом возрастает, в том числе раком шейки матки. Ведущая роль в этиопатогенезе принадлежит вирусу папилломы человека. Наиболее частыми онкогенными генотипами являются 16 и 18. Высокая распространенность данного вида вируса среди населения, при отсутствии в РФ организованной системы скрининга на наличие ВПЧ обуславливает актуальность мероприятий, направленных на своевременную диагностику и лечение данного заболевания.

Активно внедряется в национальные прививочные календари вакцина, которая представляет белок внешней оболочки вируса, полученный из трансгенных дрожжей (генетически модифицированная вакцина, содержащая вирусоподобные белковые частицы из ВПЧ, вставленные в дрожжевые клетки).

Цель исследования: изучить состояние шейки матки у женщин репродуктивного возраста и выявить корреляцию предраковых состояний с ВПЧ 16, 18 и 31 типов.

Методы исследования: простая и расширенная кольпоскопия, ПЦР диагностика ВПЧ.

Полученные результаты: обследовано 60 пациенток 18-42 лет с признаками лейкоплакии, эритроплакии, ЦИН 1, 2 стадий шейки матки. В результате обследования у 38 пациенток выявлен ВПЧ, из них 16 тип – у 18, 18 тип – у 15, ассоциация этих генотипов – у 5. При диагностике данных состояний пациенткам была проведена комбинированная терапия: неспецифическая противовирусная – интерфероном-2b и радиоволновая – аппаратом «Сургитрон».

Заключение: после проведенного лечения все пациентки повторно были обследованы на наличие ДНК ВПЧ, проведена кольпоскопия. ПЦР-диагностика показала отсутствие вируса у 36 пациенток, кольпоскопическая картина удовлетворительна у всех женщин.

### **ТОНКИЙ ЭНДОМЕТРИЙ - НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ТЕРАПИИ**

**Шайсултанов М.Р., Миннемуллина Р.М., Фазуллин Э.В.**  
**Казанский государственный медицинский университет**  
**Научный руководитель – д.м.н., доц. Илизарова Н.А.**

Проблема тонкого эндометрия остается не решенной и является причиной ранних потерь беременности у пациенток с ПН (15%) и при неудачных попытках ЭКО (30%).

Традиционно, для стимуляции эндометрия назначают бифазную гормонотерапию, но это не всегда приводит к результату. Необходим поиск новых подходов в решении проблемы «тонкого эндометрия». Опираясь на опыт иностранных коллег в использовании факторов роста, мы предлагаем внутриматочные инстиляции нейпогена - G-CSF – (гранулоцит-колониестимулирующего фактора роста).

Цель исследования: Оценить внутриматочное использование G-CSF – (гранулоцит-колониестимулирующий фактор роста) для стимуляции роста эндометрия в фертильных циклах на фоне бифазной терапии.

Материал и методы исследования: В исследовании приняли участие 6 пациенток с «критически тонким» эндометрием, средний возраст 39 лет, в анамнезе от 2 до 5 выкидышей. Женщины обследованы в соответствии с алгоритмом по бесплодию и невынашиванию и исключены все остальные причины. В 100% случаев снижена внутриматочная гемодикуляция. При морфологической оценке качества секреторной трансформации эндометрия подтверждены дистрофические и атрофические изменения в нем. При ИГХ анализе выявлено сниженное число прогестероновых рецепторов. За 2 дня до предполагаемой овуляции, всем пациенткам с помощью катетера, в полость матки введен нейпоген 30 млн. ЕД/0,5.

Результаты: Отмечен рост эндометрия с 4 до 7 мм за 48 часов, в 3 случаях из 6 наступила и успешно вынашивается беременность.

Выводы: Внутриматочные инстиляции нейпогена стимулируют рост тонкого эндометрия. Использование G-CSF в фертильных циклах позволит уменьшить количество преимплантационных потерь.

### **НАРУШЕНИЕ РЕОЛОГИИ ЦЕРВИКАЛЬНОЙ СЛИЗИ – НОВЫЙ ПОДХОД К КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ**

**Мунавирова А.А., Павлов Я.Н.**  
**Казанский государственный медицинский университет**  
**Научный руководитель – д.м.н., доц. Илизарова Н.А.**

Актуальность: Среди известных факторов бесплодия на патологию шейки матки приходится от 5 до 7 %. Схожее строение и состав имеет мокрота при воспалительном заболевании. Логично, что препаратом выбора стал муколитик (флуимуцил).

Цель исследования: оценить терапию шеечного бесплодия муколитиками по реологическим свойствам ЦС и поскоитальному тесту (ПКТ); изучить состояние показателей гуморального звена иммунитета (ИЛ 1β, ИЛ6, ИЛ7) до и после лечения.

Материал и методы исследования: Основную группу составили 30 пац. с шеечным фактором бесплодия. В группу контроля вошли 10 здоровых женщин перед планируемой беременностью, без патологии шейки. Группу сравнения составили 20 пац. с шеечным фактором бесплодия, получавших в качестве лечения только вагинорм-С. Средний возраст пац. 32,2 ± 0,3 г. Длительность бесплодия от 1 до 5 лет. Все обследованы в соответствии с алгоритмом по бесплодию и невынашиванию. У 60% (18 пац.) пац. с признаками дисбиоза, антиспермальные Ат в сыворотке крови и в ЦС не обнаружены. Диагноз шеечного бесплодия поставлен по 2 ПКТ. В 100% у пац. исследуемой группы ЦС была высокой вязкости и плотности, малорастяжима, упругая с атипичной кристаллизацией, у 80% женщин - изменение pH >8,5. Терапия: с 5 по 15 д.м.ц. – цервикальные турунды с флуимуцилом (жидкая форма 300 мг 3 мл для в/м инъекций), экспозиция 10 мин. в сочетании с Вагинормом-С в течении 15 дней во влагалище.

Результаты: После проведенного курса терапии реологические показатели ЦС значительно улучшились. На фоне применения Вагинорма-С исчезли признаки дисбиоза, не потребовалось назначения дополнительного курса антибиотикотерапии. До терапии флуимуцилом в основной группе содержание ИЛ1β, ИЛ6, ИЛ7 в ЦС было достоверно выше, чем в контрольной, что свидетельствовало о наличии локального иммунного воспаления. Через 1 месяц после местной терапии средние показатели приблизились к контролю. В 50% (15 пац.) случаев ПКТ стал положительным. У 30% (10 пац.) пар наступила самопроизвольная беременность, которая успешно вынашивается.

Выводы: Местное использование флуимуцила в сочетании с Вагинормом-С является эффективным способом восстановления реологических свойств ЦС и методом лечения шеечного варианта бесплодия.

### **ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ТЕСТОВ ДЛЯ ИДЕНТИФИКАЦИИ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ**

**Фарзиева В.Г.**  
**Казанский государственный медицинский университет**  
**Научный руководитель – д.м.н., проф. Фаткуллин И.Ф.**

Актуальность: Преждевременный разрыв плодных оболочек (ПРПО) – одна из главных проблем в современном акушерстве. До сих пор остается важной задачей врачей – четкий алгоритм диагностики и дальнейшей тактикой ведения пациенток с ПРПО. Спонтанный разрыв плодных оболочек до начала сократительной активности матки ведет к осложнению родов. Увеличивает риски инфекционных осложнений для матери и плода, а также является одним из основных причин преждевременных родов. Часть диагностики ПРПО затруднительна, ложноотрицательный диагноз чреват неверной

тактикой и риском хориоамнионита. Ложноположительный – необоснованная индукция родов. (Преждевременными родами считаются роды, наступившие при сроке от 22 недель беременности с массой плода более 500 г).

Цель исследования: изучение результативности современных методов диагностики ПРПО.

Объект исследования: истории родов с января по февраль 2014 года.

Методы исследования: методы основаны на обнаружении определенных белков во влагалищном отделяемом, которые в норме присутствуют только в околоплодных водах. Это иммунохроматографические тесты, определения альфа-микроглобулина-1 (ПАМГ-1) и протеина -1, связывающего инсулиноподобный фактор роста (ПСИФР-1).

Результаты:

В результате проведенных исследований было выявлено, что использование тестов на определение амниотической жидкости во влагалищном отделяемом позволяют качественно определить подтекание околоплодных вод при сомнительных случаях и даже при отсутствии клинических проявлений ПРПО. В свою очередь позволяет заранее предпринять соответствующую тактику. Качественные отрицательные результаты теста на ПРПО позволяют избежать назначения необоснованной медикаментозной терапии и родоразрешения.

## **ЭНДОМЕТРИОЗ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО РУБЦА ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ**

**Гайфутдинова Д.Р.**

**Казанский государственный медицинский университет**

**Научный руководитель – к.м.н., доц. Журавлева В.И.**

Эндометриоз является одним из наиболее распространенных заболеваний органов репродуктивной системы у женщин 20-40 лет. Эндометриоз встречается у 6-44% женщин, страдающих бесплодием и перенесших лапароскопию и лапаротомию. Он приводит к функциональным и структурным изменениям в репродуктивной системе; негативно влияет на психоэмоциональное состояние женщин, снижает качество их жизни. Основную часть составляет генитальный эндометриоз (92-94%), значительно реже встречается экстрагенитальный (6-8%).

В связи с довольно редкой встречаемостью, трудностью диагностики на ранних этапах, и недостаточным опытом лечения экстрагенитального эндометриоза приводим наше наблюдение.

Пациентка N., 1985 года рождения, поступила в отделение гнойно-септической хирургии ГКБ г. Казани 25.04.13 г. по направлению хирурга с диагнозом: абсцесс передней брюшной стенки, с жалобами на наличие опухолевидного образования в надлонной области, сопровождающегося болевым синдромом, усиление которого происходит во время месячных, образование постепенно увеличивалось в течение последних 2 лет. Больной считает себя после операции кесарева сечения, проведенной в 2010 году. В феврале 2013 года на ультразвуковом исследовании органов малого таза были выявлены признаки эндометриоидной гетеротопии.

Рекомендовано оперативное лечение. 25 апреля 2013 года выполнено иссечение опухолевидного образования и был установлен патогистологический диагноз: экстрагенитальный эндометриоз передней брюшной стенки.

Послеоперационный период протекал без осложнений. На данный момент пациентка беременна, и эндометриоидный процесс требует дальнейшего наблюдения.

## **РОДЫ СВОБОДНОГО ВЫБОРА: БЛИЖАЙШИЕ И ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ**

**Миникаева Л.Р.**

**Казанский государственный медицинский университет**

**Научный руководитель – к.м.н., асс. Хайруллина Г.Р.**

Роды – процесс естественного завершения беременности. Вертикальная поза представляет собой наиболее физиологичный вариант течения родов, так как уменьшается давление матки на крупные сосуды, происходит более мягкое раскрытие шейки матки. Семейным центром и акушерским отделением ГАУЗ ГКБ №7 предлагается новая программа «роды свободного выбора», где беременные проходят специальную подготовку, и проводится отбор к родам свободного выбора.

Цель исследования: оценка эффективности тактики минимального вмешательства в процесс родов - ведение родов, максимально приближенных к вертикальным.

Материалы и методы: было проведено 69 родов свободного выбора, 20 рожениц составили контрольную группу. Из них первородящих – 37%, повторнородящих – 63%. У всех беременных собран общий и акушерско-гинекологический анамнез, проведена оценка внутриутробного состояния плода, оценка степени зрелости шейки матки, начиная с 39 - 40 недель.

Результаты: в родах свободного выбора реже требуется индукция - 18% против 30% контроля, акушерская тактика менее «агрессивна» - в два раза реже применяется родостимуляция, меньшая частота влагалищных исследований. Первый период родов по времени сократился на 1,5 часа, по сравнению с контролем. Количество оперативного вмешательства сократилось на 9%. Показаниями для кесарева сечения в 7% случаев была внутриутробная гипоксия плода, в 3% - упорная первичная слабость. Второй период родов протекал без угрозы разрыва промежности у 79% рожениц, эпизиотомия была произведена в 26% случаев. Третий период родов протекал без особенностей. Более физиологическое течение родов свободного выбора, менее активная акушерская тактика подтверждаются перинатальными исходами: оценка по шкале Апгар составила в среднем 8 баллов, через 5 минут – 8 - 9 баллов, только один новорожденный имел оценку менее 7 баллов. 87% новорожденных сразу приложены к груди. В палату интенсивной терапии были переведены 4% новорожденных с гипоксией средней степени тяжести.

Выводы: ведение родов свободного выбора является физиологичным и комфортным для рожениц, уменьшает количество осложнений, оперативных вмешательств и благоприятно сказывается на перинатальных исходах и могут быть предложены как метод выбора ведения родов.

## **ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ РОДОВ У ПАЦИЕНТОК С КРУПНЫМ ПЛОДОМ**

**Маркова А.Р., Отмахова М.А., Вдовина Ю.О.**

**Казанский государственный медицинский университет**

**Научный руководитель – к.м.н., асс. Хайруллина Г.Р., к.м.н., асс. Каюмова Л.Х.**

Течение беременности и особенно родов у женщин с крупным плодом сочетается с более высоким процентом осложнений, что требует повышенного внимания в ведении беременности и родов у рожениц данной группы. Именно поэтому

крупный плод остается одной из причин перинатальной патологии и смертности. В настоящее время частота таких родов составляет от 5,2 до 12%.

Цель исследования: оценить факторов риска, особенности течения беременности и родов с крупным плодом, а также неонатальные исходы.

Материалы и методы исследования: проведен ретроспективный анализ 126 историй родов, из которых у 102 беременность закончилась родами крупным плодом (основная группа) и у 24 – рождением плода с нормальной массой (контрольная группа). Возраст основной части пациенток - от 19 до 41 года. Количество первобеременных составило 31,8%, повторнобеременных – 69,2%. Повторнородящих в основной группе было 39 (38,2%), ранее рожавших крупных детей 19 женщин. Таким образом, роды крупным плодом чаще встречаются у повторнобеременных и повторнородящих. Важными этиологическими факторами фетальной макросомии является эндокринная патология – сахарный диабет в 8% случаев, избыточная масса – у 43 (42,1%). Спонтанные роды через естественные родовые пути произошли у 67 (65,2%). В 80% случаях потребовалась индукция родов. Кесарево сечение произведено у 35 (34,3%) беременных. Показаниями к нему послужили: клинический узкий таз, хроническая внутриутробная гипоксия плода, первичная слабость родовой деятельности. Вакуум-экстракция плода выполнялась в основной группе у одной роженицы, в связи с вторичной слабостью родовой деятельности. Эпизиотомия и перинеотомия производилась у 58 (56,8%) . Осложнения третьего периода родов были у 7 рожениц: плотное приращение плаценты, гипотоническое кровотечение. Средняя продолжительность родов составила 12 часов +, -30 минут в основной группе. Среди осложнений у новорожденных были кровоизлияния в кожу лица, тугое обвитие пуповины, кефалогематома, асфиксия, затрудненное выведение плечевого пояса.

Таким образом, прогнозирование возможных осложнений при наличии крупного плода, своевременное оперативное родоразрешение позволяют снизить родовой травматизм матери и плода, а также перинатальную заболеваемость и смертность.

## **АНЕСТЕЗИОЛОГИЯ И РЕАНИМАТОЛОГИЯ**

### **КАРДИАЛЬНЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ПРИ СУБАРАХНОИДАЛЬНЫХ КРОВОИЗЛИЯНИЯХ**

**Хабибулина А.Р.**

**Казанский государственный медицинский университет  
Научный руководитель – д.м.н., доц. Баялиева А.Ж.**

Кардиальные проявления при субарахноидальных кровоизлияниях (САК) составляют 80 – 90% среди других системных изменений и включают в себя незначительные отклонения на ЭКГ, обратимую дисфункцию левого желудочка, инфаркт миокарда без подъема или с подъемом сегмента ST. Согласно ранее проведенным исследованиям, САК ассоциированные с сопутствующими кардиальными проявлениями имеют неблагоприятный прогноз.

Гемодинамические изменения при САК неизбежны, что требует при лечении пациентов проведение инфузионной терапии и гемодинамической поддержки.

Цель: изучить частоту различных кардиальных проявлений и их влияние на исход пациентов в зависимости от начального неврологического дефицита.

Материалы и методы: для исследования было выбрано 174 пациента, поступивших в МКДЦ в остром периоде САК. Были оценены клинические данные, исходы у пациентов с САК и их связь с изменениями ЭКГ, уровнем тропонина и миокардиальным оглушением (станингом). Пациенты с кардиальными проявлениями сравнивались с группой без кардиальных проявлений.

Результаты: кардиальные проявления были обнаружены у 16,2% (28 пациентов): инфаркт миокарда с подъемом сегмента ST (10 пациентов) и без подъема сегмента ST (18 пациентов), у 18% (14 пациентов) были выявлены различные виды аритмий, среди них, у 12 пациентов (85,7%), по данным компьютерной томографии обнаружили наличие вентрикулярного кровоизлияния. При изучении исходов в подгруппе пациентов с инфарктом миокарда без подъема сегмента ST смертность была выше в 1,5 раза (3,78% в группе без кардиальных осложнений и 5,56% в группе с инфарктом миокарда без подъема сегмента ST). В группе с инфарктом миокарда с подъемом сегмента ST смертность была выше в 5,3 раза (3,78% против 20% соответственно).

Выводы: в проведенном исследовании было выявлено, что кардиальные проявления осложняют течение САК, так как не позволяют проводить гемодинамическую поддержку. Кардиальные и неврологические проявления при САК вносят независимый вклад в общий исход заболевания. Выявлено, что внутрижелудочковые кровоизлияния ассоциируются с развитием нарушений ритма сердца. Тахикардия часто ассоциируется с инфарктом миокарда без подъема сегмента ST. Случаи брадикардии одинаково сравнимы между группами с инфарктом миокарда и подгруппами без инфаркта миокарда.

### **ПЕРИОПЕРАЦИОННЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ТРАНСПОРТА КИСЛОРОДА У ПАЦИЕНТОВ В МАЛОИНВАЗИВНОЙ ХИРУРГИИ**

**Искаков Х.Р.**

**Башкирский государственный медицинский университет  
Научный руководитель – д.м.н., доц. Богданов Р.Р.**

Введение. Малоинвазивные технологии в абдоминальной хирургии прочно вошли в клиническую практику, поэтому изучение изменений параметров гемодинамики при различных типах эндоскопических вмешательств и традиционных операциях является актуальным.

Цель исследования: Изучить изменения центральной гемодинамики и транспорта кислорода у пациентов с желчнокаменной болезнью при выполнении оперативных вмешательств традиционными и малоинвазивными методами.

Материалы и методы: Обследовано 128 пациентов. Пациенты во всех группах сопоставимы по возрасту, полу и риску оперативного вмешательства. Интраоперационно исследовали показатели центральной гемодинамики, регистрировали

давления в брюшной полости (ВБД). Расчетным методом вычисляли показатели доставки, потребления и утилизации кислорода.

Результаты: Проведенные нами исследования свидетельствуют о том, что величины потребления и коэффициент утилизации кислорода тканями ниже нормальных при практически неизменном показателе доставки кислорода (DO<sub>2</sub>), что указывает на неадекватное поглощение кислорода тканями при изменении положения больного на столе (положение Фовлера), и связанных с ним сдвигов центрального кровообращения. Свою роль в этом играет гипоперфузия тканей вследствие высокой степени централизации кровообращения, периферического вазоспазма, сопряженного с увеличением внутригрудного и внутрибрюшного давления с компрессией нижней полой вены в ответ на наложение пневмоперитонеума.

Заключение: При практически нормальных значениях доставки кислорода на этапах ЛХЭ и умеренно сниженных при МЛХЭ и ТХЭ, потребление кислорода было ниже при ЛХЭ.

## **РОЛЬ УЛЬТРАЗВУКОВЫХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ В ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ**

**Хабибулина А.Р.**

**Казанский государственный медицинский университет  
Научный руководитель – д.м.н., доц. Баялиева А.Ж.**

Ультразвуковые технологии за последние 60 лет с их появления претерпели большие изменения. Они не только помогают врачу в постановке диагноза у постели больного, но и, не неся большой лучевой нагрузки, позволяют неограниченное число раз проводить исследование. Задачи, для решения которых может быть использовано УЗИ, зависят от знаний и воображения врача.

Цель: раскрыть возможности применения ультразвукового исследования в практике неотложной помощи.

Материалы и методы: обзор литературы.

Результаты: целевое ультразвуковое обследование при травме (FAST) позволяет обнаружить жидкость в перитонеальной или перикардиальной полости. При расширенном FAST определяют жидкость в плевральной полости и другие признаки повреждения грудной клетки. Оценка сердечной деятельности и выпота в перикарде с помощью эхокардиографии используется для определения тактики дальнейшего ведения пациента. Оценка глобальной функции сердца необходима для расчёта объёма инфузии и инотропной поддержки при лечении пациента в критическом состоянии с гипотензией. Ультразвуковой контроль так же проводится при выполнении манипуляций (например, пункция перикарда, катетеризация подключичной вены и др.). УЗИ при отёке лёгких может помочь в ведении больных в критическом состоянии и может заменить серийную рентгенографию грудной клетки.

Заключение: FAST является начальным скрининговым методом обследования живота и грудной клетки при травме, помогает снизить число обследований, длительность нахождения в стационаре, снижая стоимость лечения. Экстренное УЗИ при травме снижает смертность, так как другие инвазивные диагностические методы требуют время для их осуществления. Информативность трансторакальной эхокардиографии сопоставима с катетеризацией легочной артерии. Ультразвуковой контроль помогает предупредить повреждения сердца, пневмоторакс, пневмоперикард и поражения печени. Возрастают возможности дальнейшего расширения направлений использования трёхмерной технологии эхокардиографии.

## **ПРИМЕНЕНИЕ НИЗКОПОТОЧНОЙ ЗАМЕСТИТЕЛЬНОЙ ПОЧЕЧНОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ ХИРУРГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ**

**Бердникова Е.А., Хазиахметова Г.Ю.**

**Казанский государственный медицинский университет  
Научный руководитель – д.м.н., доц. Баялиева А.Ж.**

По данным литературы в РФ ежегодно 15000 пациентов нуждаются в ЗПТ. Достоинством непрерывной заместительной почечной терапии является медленная постепенная непрерывная коррекция метаболических расстройств. ОПН сопровождается высоким уровнем летальности, достигающим 50-70%.

Цель исследования: Оценка эффективности применения низкопоточных методов заместительной почечной терапии в режиме непрерывной заместительной почечной терапии (CRRT) у больных хирургического профиля с ОПН.

Материал и методы: Проведён анализ лечения методами ЗПТ 11 больных в возрасте от 31 до 79 лет, у которых в послеоперационном периоде развился ОПН. Из них у 8 - после абдоминальных операций, у 3 – после нехирургических операций. Тяжесть ОПН оценивалась по критерию RIFLE (2003). ЗПТ применялась при Injury и Failure. Степень тяжести по шкале APACHE II составляла от 23+1,1 до 27+1,2 баллов. 7 больных находились на ИВЛ и инотропной поддержке. ЗПТ проводилась на модуле Multifiltrate. Скорость кровотока составляла в среднем 200 мл/мин.

Результаты: Всего проведено 21 процедура непрерывная вено-венозная гемодиализация (CVVHDF)- 18, изолированная медленная ультрафильтрация (SCUF) – 3. Длительность одного сеанса от 12 до 24 часов. Критерием для прекращения процедур являлась коррекция водно-электролитного баланса и кислотно-щелочного состояний, нарастание диуреза со снижением азотемии, стабилизация гемодинамики, снижение баллов до 13,8+0,8 по шкале APACHE II. Использование полупродолженных, продолженных и постоянных методов ЗПТ позволяет лучше контролировать водноэлектролитный баланс и уремие у больных с гемодинамическими признаками шока

Выводы: При раннем включении низкопоточных фильтрационных методов ЗПТ в комплекс интенсивной терапии больных с ОПН оказывают положительный лечебный эффект по коррекции гомеостаза, что позволяет снизить летальность у данной категории больных.

## **ПРИМЕНЕНИЕ ОЗОНОТЕРАПИИ ПРИ СИНДРОМЕ ХРОНИЧЕСКОЙ УСТАЛОСТИ У РАБОТНИКОВ ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНЫ**

**Зарипова М.А., Сапронова Т.С., Горюнова М.Н.**

**Казанский государственный медицинский университет  
Научный руководитель – к.м.н., доц. Михайлова Э.Ф.**

Озонотерапия, в связи с практическим отсутствием противопоказаний, может быть рекомендована как средство профилактики и коррекции синдрома хронической усталости. Цель: Определение ценности озонотерапии как средства профилактики и лечения синдрома хронической усталости.

Методы: анализ литературных источников, клинический эксперимент, обработка и анализ данных эксперимента.

Озонотерапия начала применяться в Казани с 1995 года. Первоначально (в соответствии с имеющимся мировым опытом) она применялась у хирургических больных в послеоперационном периоде с целью профилактики тромбоэмболических осложнений. Результаты, согласно имеющимся литературным данным, позволили снизить угрозу тромбоэмболии легочной артерии на 30%. Кроме того, после перевода пациентов из реанимации в хирургию, они отмечали общее улучшение самочувствия и, согласно статистике, сократились сроки пребывания пациентов в стационаре на 12%.

В ходе исследования 42 сотрудника хирургии с выявленным синдромом хронической усталости решили применить озон (в виде инфузий в количестве 200мл с концентрацией озона 5мг/л) с целью улучшения соматического состояния. Контрольная группа составила 10 человек, которые озон не применяли. Для определения эффекта проводился контроль реологических и гемостатических показателей крови, в которых в результате получения озонотерапии наблюдались сдвиги в сторону физиологической нормы. Также все получавшие озон отмечали значительное улучшение самочувствия, сна, уменьшение головной боли. Из исследуемых, имевших никотиновую зависимость, 13 человек снизили количество выкуриваемых сигарет, 8 отказались от курения.

Исходя из результатов проведенного клинического исследования была доказана эффективность применения этого метода в целом, и особенно у работников экстренной медицины.

## **ПРИМЕНЕНИЕ КАРДИОИНТЕРВАЛОГРАФИИ В ОПТИМИЗАЦИИ ТЕЧЕНИЯ АНЕСТЕЗИИ И ПОСТНАРКОЗНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ**

**Матвеева В.Л.**

**Казанский государственный медицинский университет  
Научный руководитель – к.м.н., доц. Михайлова Э.Ф.**

Адекватность компенсаторных реакций на операционную травму и фармакологическую агрессию обеспечивается в первую очередь моделирующим воздействием вегетативной нервной системы. Вегетативная дисфункция может привести к срыву адаптации в ответ на хирургическую травму с развитием гемодинамических сдвигов и постнаркозным осложнениям. Поэтому поиск оптимальных способов анестезии, обеспечивающих эффективную нейровегетативную и гемодинамическую стабильность при хирургических вмешательствах в зависимости от индивидуального состояния вегетативного тонуса, является актуальной проблемой. Одним из наиболее эффективных методов оценки адекватности анестезии, позволяющей провести превентивную анестезию и предотвратить вегетативный дисбаланс на этапах операции и в послеоперационном периоде, является кардиоинтервалография. Цель исследования: провести мета – анализ по оптимизации течения анестезии и постнаркозной реабилитации на основе дифференцированного использования анестетиков, методов обезболивания. Методика исследования – аналитический обзор публикаций. Результаты исследования: 1) кардиоинтервалография у пациентов перед хирургическим вмешательством позволяет достоверно выделить три основных типа вегетативного тонуса: симпатикотония, нормотония, парасимпатикотония; 2) при симпатикотонии применение фентанила снижает гемодинамические сдвиги в среднем 2,5 раза, кетамин при нормотонии – в среднем 3,5 раза, при парасимпатикотонии кетамин моделирует состояние по типу умеренной симпатикотонии и нормотонии; 3) для регионарной анестезии характерны стабильность вегетативной нервной системы и благоприятное течение послеоперационного периода; 4) при нейролептаналгезии наблюдается резкая активация симпатического звена и центрального контура управления сердечным ритмом как на этапах операции, так и в послеоперационном периоде; 5) при дифференцированном выборе анестезии полное восстановление психомоторных функций наступает через 3 часа после наркоза, при выборе анестезии без учета вегетативного тонуса полного восстановления психомоторных функций через 3 часа после наркоза не наблюдается.

## **РЕГИОНАЛЬНАЯ ГИПОТЕРМИЯ В ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ: СРАВНИТЕЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ**

**Шахова И.А.**

**Бухарский государственный медицинский институт  
Научный руководитель – д.м.н., проф. Аваков В.Е.**

За последние несколько лет региональный метод церебральной гипотермии стал обладать большими преимуществами, т.к. позволяет свести к минимуму системные побочные эффекты общей гипотермии.

Цель исследования: литературный обзор и анализ методов, доступных для индукции региональной гипотермии при тяжелой черепно-мозговой травме.

Методы исследования. В архиве PubMed (Национальная медицинская библиотека США) проведен поиск клинических и экспериментальных работ за последние 15 лет, посвященных региональной гипотермии головного мозга.

Результаты: Поверхностное охлаждение с использованием охлаждающего шлема показали снижение температуры мозга в среднем на 1,84°C за 1 час, а для достижения температуры <34°C требовалось 3,4 часа, для уменьшения системной температуры – 6,7 часов (p<0,0001).

Теплоотдача из верхних дыхательных путей и основания черепа путем интраназального охлаждения приводит к снижению температуры мозга на 0,31°C в течение 5 минут.

Вливанием холодного физиологического раствора трансвенозным или трансартериальным путем авторы смогли добиться снижения церебральной температуры до 15°C при сохранении системной на уровне 32°C.

Экстралюминальное сосудистое охлаждение заключается в использовании манжеты, содержащей холодную циркулирующую воду и обернутую вокруг общих сонных артерий. Метод позволяет снизить температуру мозга на 2-5°C в течение 20 минут, тогда как системная температура поддерживается на уровне 37°C.

Эпидуральное охлаждение способствует снижению поверхностной температуры мозга до 17,3-21,6°C за 1 минуту, глубокой – до 27,2-29,7 за 5 минут.

Заключение. На сегодняшний день только поверхностное и интраназальное охлаждение проведено в клинических условиях у больных с черепно-мозговыми травмами, в то время как эндоваскулярные, экстралюминальные и эпидуральные методы были реализованы на моделях животных и у больных с инсультом.



Наш метод неинвазивного охлаждения головного мозга заключается в сочетанном применении назофарингеального компонента охлаждения и охлаждения свода черепа и проекции каротидной бифуркации холодоэлементами, при котором мягкую гипотермию мозга 35,0- 35,5°C удастся достичь за 15 мин, умеренную 32-33°C – за 30 мин.

## **ВЛИЯНИЕ ИНЕРТНЫХ ГАЗОВ НА ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ СПОРТСМЕНОВ**

**Искендерова С.С., Доскалиев Т.Х., Китиашвили Д.И.**  
**Астраханская государственная медицинская академия**  
**Научный руководитель – д.м.н., проф. Китиашвили И.З.**

Целью работы явилось клиническое исследование возможности использования газовых смесей на основе гелия и ксенона на функциональное состояние основных показателей гомеостаза у спортсменов.

Материалы и методы. В клинических исследованиях приняло участие 12 спортсменов добровольцев мужского пола (их средний возраст составил 21±3 года). Работа была выполнена на базе негосударственного учреждения здравоохранения медико-санитарной части города Астрахань и включала в себя проведение ингаляционных процедур с оценкой психоэмоционального статуса и показателей нейроэндокринной системы. В зависимости от применяемого компонента ингаляции спортсмены были разделены на 2 группы: основную (I-я группа n=6), в которой ингаляцию осуществляли смесью кислорода с ксеноном (Ксенокс) и контрольную (II-я группа n=6), где основным компонентом для ингаляции использовали кислородно-гелиевую смесь (Гелокс). Ингаляции проводили от 8 до 10 процедур по 1,5- 2 минут. Изучение влияния ингаляционных процедур на функциональное состояние проводилось с помощью комплексного физиологического и психологического обследования, включавшего оценку субъективных ощущений и показателей периферической гемодинамики, исследовали влияние ингаляционных процедур на концентрацию глюкозы и гормонов в сыворотке крови (кортизол). Комплексное обследование осуществлялось в течении 1 часа после окончания сеансов.

Результаты. Анализ результатов показал отсутствие достоверных изменений показателей кислотно-щелочного равновесия в конце сеанса по сравнению с исходными данными, они находились в пределах физиологической нормы. В обеих группах отсутствовала гипероксия. Уровень глюкозы после ингаляции практически не отличался от исходного. У исследуемых спортсменов I группы, отмечалась высокая концентрация кортизола по сравнению с исходной (251,3 нмоль/л). Во II группе не отмечалась изменения кортизола и находилась в пределах физиологической нормы (цифры по таблице), а также наблюдались более стабильные показатели периферической гемодинамики.

Закключение. Сравнительный анализ изученных видов ингаляции с применением инертных газов, показал, что они оказывали адекватное влияние на организм в условиях повышенной физической нагрузки и стресса.

## **СОВРЕМЕННЫЕ ПРОБЛЕМЫ СЕДАТИВНОЙ ТЕРАПИИ ХИРУРГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ**

**Киреев В.Ю., Еремицкая М.И., Китиашвили Д.И.**  
**Астраханская государственная медицинская академия**  
**Научный руководитель – д.м.н., проф. Китиашвили И.З.**

Целью нашего научного поиска явилось проведение сравнительного анализа седативных препаратов последнего поколения в комплексе послеоперационного обезболивания.

Материалы и методы. В отделении анестезиологии, реанимации и интенсивной терапии негосударственного учреждения здравоохранения «Медико-санитарная часть» под наблюдением находились 43 пациента в возрасте от 38 до 75 лет, после плановых и экстренных эндохирургических оперативных вмешательств, выполненных под общей анестезией по эндотрахеальной методике.

Результаты. Для достижения желаемого уровня седации пациентам 1 группы (23 чел.) проводили дексметомидин (дексдор) с начальной скоростью 0,2-1,4 мг/кг/ч. Скорость начальной инфузии после нагрузочной дозы меняли на 0,4 мг/кг/ч, которую в дальнейшем корригировали. У пациентов 1 группы глубина седации поддерживалась в пределах 0-3 баллов по Ramsay, соответствующая умеренному седативному эффекту с частичной амнезией. После оперативного вмешательства 93,5% пациентам 1 группы на фоне седации дексдора адекватная аналгезия была достигнута одно- или двукратным назначением нестероидных противовоспалительных препаратов или трамадола в общепринятой дозировке. Группу сравнения представили 20 пациентов, получавших в качестве анальгоседации реланиум, промедол и анальгин. Ретроспективный анализ показал, что у пациентов этой группы в раннем послеоперационном периоде оценка боли по визуально-аналоговой шкале составила 4-5 баллов и им потребовалось назначение наркотических анальгетиков – промедола в общесуточной дозе 40 мг (2 ампл).

Выводы. Результаты наших клинических исследований с применением дексметомидина (дексдора) обеспечивает:

- легкую и умеренную седацию (от 0 до -3 баллов шкалы RASS), не уступая стандартными седативным препаратам;
- значительное улучшение способности пациентов взаимодействовать и общаться с персоналом отделения по сравнению с пациентами, получающими стандартные седативные препараты;
- отсутствием посленаркозной депрессии центральной нервной системы;
- отсутствие случаев побочных эффектов в виде депрессии дыхания и развития делирия.

## **ТОТАЛЬНАЯ ВНУТРИВЕННАЯ АНЕСТЕЗИЯ В ГИНЕКОЛОГИИ**

**Киреев В.Ю., Шевченко М.Ю., Китиашвили Д.И.**  
**Астраханская государственная медицинская академия**  
**Научный руководитель – д.м.н., проф. Китиашвили И.З.**

Цель. Выбор метода и компонентов общей анестезии при лапароскопических операциях, обусловленных сложным комплексом патофизиологических процессов.

Материалы и методы. У 112 пациенток в возрасте от 38 лет до 59 лет с фибромиомой матки была выполнена эндоскопическая надвлагалищная ампутация матки. Подготовка к оперативному вмешательству осуществлялась по общепринятой схеме. При выполнении лапароскопических оперативных вмешательств всем пациенткам проводился эндотрахеальный вид общей анестезии на основе тотальной внутривенной анестезии с применением дипривана, калипсола и фентанила. Средние дозы дипривана при этом составили: для индукции 1,14-1,15 мг/кг в сочетании с калипсом 0,4-0,5 мг/кг

и фентанилом 0,001-0,002 мг/кг (болюсно). Для поддержания анестезии 2,5 мг/кг/ч; 0,98 мг/кг/ч и 0,0025-0,003 мг/кг/ч соответственно в сочетании с ингаляцией кислородно-кислородной смесью.

Результаты исследования.

Гемодинамические показатели на этапах анестезии и операции. Функциональное состояние сердечно-сосудистой системы на исследуемых этапах оставалось стабильным и не имело отклонений от физиологической нормы.

Динамика показателей глюкозы и кортизола на этапах анестезии и операции. У исследуемых пациенток гипергликемия носила кратковременный характер, и к концу операции уровень глюкозы возвратился к исходным значениям. Содержание кортизола в сыворотке крови на высоте травматичного этапа операции увеличилось на 71%, а к концу операции на 90% от исходного ( $p < 0,05$ ), но уровень гормона во всех случаях не достигал верхней границы нормы, отражая естественную реакцию коры надпочечников в условиях нагрузки на организм.

Вывод. Анализ полученных данных позволяет сделать следующий вывод, что несмотря на сокращение доз дипривана, метод позволяет реализовать основные преимущества этого анестетика при одновременном уменьшении его побочных эффектов, а методика комбинированной внутривенной анестезии на основе микродоз дипривана, фентанила, кетамин в сочетании с кислородно-кислородной смесью является надежным, безопасным видом общей анестезии и может применяться при лапароскопических гинекологических операциях любого объема при условии точного соблюдения методики и достаточной квалификации анестезиолога.

## **БИОМЕДИЦИНСКАЯ ЭТИКА**

### **ЭТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ФАРМАЦЕВТА-ПЕРВОСТОЛЬНИКА**

**Анисимова Е.А.**

**Казанский государственный медицинский университет  
Научный руководитель – д.м.н., проф. Гурьева М.Э.**

Актуальность работы обусловлена тем, что в работе фармацевта-первостольника имеются этические противоречия: в первую очередь долг профессионала - оказание фармацевтической помощи пациентам, нуждающимся в лекарственной коррекции, с другой стороны - получение прибыли аптечного учреждения.

Целью работы было показать, что при следовании рекомендациям качественной фармацевтической практики (GPP, Копенгагенская декларация ВМА), умении общаться с людьми и наборе личных качеств фармацевта-первостольника эти противоречия преодолимы.

Первое лицо, с которым посетитель встречается в аптеке, - это работник первого стола (первостольник) – провизор или фармацевт, в чьи обязанности входит консультирование клиентов по вопросам безрецептурного отпуска лекарств и парафармацевтической продукции и продажи.

Отличие его работы от работы продавца других коммерческих учреждений состоит прежде всего в специфичности товара. Главными качествами, которыми он должен обладать, являются профессиональная компетентность, честность, эмпатия, доброжелательность при общении с клиентами, психоэмоциональная выносливость, преданность профессии и постоянное следование заповедям медицинского сообщества – «не навреди». Провизор/фармацевт-первостольник должен хорошо ориентироваться во взаимодействии различных лекарственных средств между собой и с пищей, знать условия их хранения, находиться в курсе событий развития фармрынка, ориентироваться в препаратах-заменителях. Нехватка квалифицированных кадров, плохие отношения в коллективе, недостаточное внимание вопросам образования, излишний крен в сторону коммерческих показателей работы способствуют потере доверия потребителей и дискредитации профессии.

### **ПУТИ ПРЕДОТВРАЩЕНИЯ КОРРУПЦИОННЫХ ПРОЯВЛЕНИЙ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ**

**Савельева О.С.**

**Казанский государственный медицинский университет  
Научный руководитель – к.м.н., доц. Максимов И.Л.**

Одна из форм обхода установленных административных правил именуется коррупцией. Следовательно, тот факт, что коррупция представляет собой естественное явление, кажется вполне очевидным. Однако в то же время коррупция – несомненное и весьма сложно искоренимое зло для государства и общества, способствующее утрате веры граждан в силу закона и справедливости.

По мнению специалистов Комитета по борьбе с коррупцией, именно в тех сферах, от которых непосредственно зависит повседневная жизнедеятельность россиян: обеспечение безопасности, здравоохранение, образование, жилищно-коммунальное хозяйство и т.п. – коррупция представляет особую опасность, создавая невыносимые условия жизни, а иногда и приводя к трагическим последствиям.

Принято считать, что медицина традиционно является одной из наиболее коррумпированных областей в сфере оказания услуг населению. Уровень совершения коррупционных правонарушений в данной области может варьировать от исключительно высокого (уровень правительств государств), до низкого (система "врач-пациент"). Большинство коррупционных правонарушений совершается на уровне "врач-пациент" или же близком к нему. Это создает известную сложность, поскольку для их пресечения законодательно необходимо, находясь на высоком иерархическом уровне, принимать антикоррупционные программы, направленные на регулирование деятельности, осуществляемой на самом близком к пациенту уровне. Именно на данном уровне ВОЗ выделяет 4 основных проявления коррупции в секторе здравоохранения: взяточничество, воровство, бюрократическая или политическая коррупция и дезинформация с целью личной выгоды. В КГМУ разработана и активно осуществляется антикоррупционная программа направленная на предотвращение коррупционных проявлений и повышение правосознания медицинских работников.

В работе рассмотрены: нормативно-правовая база по данному вопросу, выявлены причины коррупционных проявлений, предложены пути по повышению правовой грамотности медицинских работников.

### **ОТДЕЛЕНИЕ ВРАЧЕБНЫХ НАУК КАЗАНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА, И ВОЙНА 1812 Г.**

**Вахтерова О.П.**

**Казанский государственный медицинский университет**  
**Научный руководитель – к.и.н., ст.преп. Иванов А. Ю.**

1812 год занимает особое место в истории медицинского факультета Императорского Казанского университета. Формально факультет еще не был открыт, но научная и образовательная деятельность на отделении врачебных наук велась с 1805 г. – начала преподавания медицинских наук студентам.

Медицинский факультет с самого начала предъявлял высокие требования к студентам, что по существу, выражалось в традиции, согласно которой врач должен обладать знаниями и навыками медика и хирурга.

В данном исследовании было выделено три направления деятельности отделения врачебных наук Казанского университета в связи с событиями Отечественной войны 1812 года. Кроме того, был определен, проанализирован и систематизирован круг исторических источников по каждому из выделенных направлений.

Первое направление – создание и совершенствование основ клинического образования в Казани – как базы профессиональной подготовки военных врачей и хирургов. Особую роль здесь сыграл Адам Иванович Арнольдт, в 1812 г. назначенный экстраординарным профессором повивального искусства и хирургии.

Второе направление – деятельность профессоров-медиков Казанского университета в военном госпитале. 4 декабря 1812 г. директору Казанского университета Илье Федоровичу Яковкину было доставлено письмо с просьбой, чтобы «медицинские чиновники университета своими трудами пожертвовали» и приступили к лечению лиц, находящихся в госпитале, так как «в сей госпиталь поступают больные из военнопленных и воины временного внутреннего ополчения, то коих последних пользование приняты на себя господа профессора Казанского университета».

Третье направление – борьба ученых-медиков с эпидемиями, возникшими в связи с размещением военнопленных в уездах Казанской губернии. Ученые Казанского университета, под руководством профессора К.Ф.Фукса работали над поиском способов борьбы с этими эпидемиями. Это было важно, в том числе и потому, что среди местного населения наблюдались вспышки заболеваемости.

**ВКЛАД РОССИЙСКОЙ ИМПЕРАТОРСКОЙ СЕМЬИ В РАЗВИТИЕ МЕДИЦИНСКОГО ФАКУЛЬТЕТА ИМПЕРАТОРСКОГО  
КАЗАНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА**

**Фирсова К.О.**  
**Казанский государственный медицинский университет**  
**Научный руководитель – к.и.н., ст.преп. Иванов А. Ю.**

В государственных архивах и музеях Республики Татарстан отложились коллекции документов, повествующих о роли представителей семьи Романовых в становлении и развитии системы здравоохранения и медицинского образования в Казани. Вопрос о роли царской семьи в этом сложном процессе не являлся объектом специального анализа, что весьма актуализирует выбранную проблематику. В имеющейся научной литературе, посвященной поездкам российских императоров в Казань, представлена преимущественно политико-экономическая и этноконфессиональная история Казанской губернии в контексте реформаторской деятельности Екатерины II, Александра I и Николая I. Однако некоторые страницы социокультурной истории, связывающей императорскую семью и медицинскую корпорацию Казани, остались за рамками этих сочинений. В рамках данного исследования была предпринята попытка историко-медицинского анализа системы здравоохранения и медицинского образования, сложившейся в результате целого комплекса организационных мер и благотворительных мероприятий, проведенных по инициативе представителей российской императорской фамилии.

Немало представителей императорской семьи удостоили монаршего внимания медицинский факультет Казанского университета. Среди них Николай I (посетил Казань в 1836 г.), Александр II (посетил Казань в 1837 г., будучи цесаревичем, и в 1871 г. в качестве императора), Александр III (посетил Казань в 1869 и 1871 гг.) и др.

Основными проанализированными фактами в данном исследовании стали обстоятельства поездок императоров в Казань. Каждое посещение университета членами императорской фамилии или высшими сановниками сопровождалось «одариванием», которое могло выражаться как в выделении личных премий профессорско-преподавательскому составу, так и в содействии строительству и модернизации необходимых университету в целом (и медицинскому факультету, в частности) научных сооружений, подразделений.

**МЕДИАЦИЯ КАК СПОСОБ ДОСУДЕБНОГО РАЗРЕШЕНИЯ КОНФЛИКТОВ В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**

**Шибашова Т.Ю.**  
**Казанский государственный медицинский университет**  
**Научный руководитель – к.м.н., доц. Максимов И.Л.**

Тезисы: Наиболее часто в системе охраны здоровья населения встречаются конфликты между медицинскими организациями и пациентами, которые связаны с нарушением прав граждан в сфере медицинского обслуживания, некачественным оказанием медицинской помощи и причинением вреда в процессе ее оказания.

Существует два механизма разрешения конфликтов, возникающих при осуществлении медицинской деятельности (как и любых других конфликтов): внесудебный и судебный. Одним из методов досудебного урегулирования конфликтов является медиация. Основанием для применения медиации является принятие Федерального закона № 193-ФЗ «Об альтернативной процедуре урегулирования споров с участием посредника (процедуре медиации)». В дословном переводе «медиация» означает «посредничество». При этом имеется в виду «посредничество» в спорах беспристрастных третьих лиц, которые признают все стороны. Медиаторы-посредники помогают спорящим найти взаимоприемлемое решение их проблем. От самих сторон конфликта зависит выработка решения, оптимально соответствующего их интересам. Возможен индивидуальный подход (если хотите более профессиональный) к рассмотрению и разрешению «медицинского конфликта» (зачастую в деятельности административных органов и суда приходится сталкиваться с «усредненностью» позиций и взглядов).

Средняя продолжительность разрешения медицинских дел судами общей юрисдикции составляет от 3 до 5 лет. Возможная продолжительность процедуры медиации от 1 дня до 180 дней. Выбор очевиден.

**ПОДГОТОВКА МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР С ВЫСШИМ ОБРАЗОВАНИЕМ В РОССИИ: РЕАЛИИ, ПРОБЛЕМЫ И  
ПЕРСПЕКТИВЫ**

**Хасанова Р.Н.**  
**Казанский Государственный Медицинский Университет**  
**Научный руководитель – д.м.н., проф. Гурьяева М.Э.**

На основе анализа научных источников и данных СМИ за 2009 – 2014 гг. можно сделать вывод о том, что медицинские сестры с высшим образованием, подготовка которых в нашей стране была начала 20 лет назад, по уровню знаний, практическим навыкам, способности принимать управленческие решения в сфере организации ухода за больными и профилактической медицине отвечают современным требованиям, предъявляемым к подобным специалистам в западных странах. Сегодня российская система подготовки специалистов медицинских сестер с высшим образованием включает четыре профессионально-образовательных уровня, каждому из которых соответствует обязательный минимум содержания. Это связано с присоединением России к Болонской декларации.

Существенным отличием медицинской сестры с высшим образованием в России от медицинской сестры с высшим образованием за рубежом является неопределенность сферы ее деятельности в учреждениях отечественного здравоохранения и, главное, неготовность российского общества к принятию такой фигуры, хотя нужно признать, что в последние 3-5 лет произошли положительные сдвиги в этом поле. Сегодня руководители лечебных учреждений признают, что с приходом таких специалистов положительно меняется процесс управления армией средних медицинских работников.

Проблемами по-прежнему остаются трудоустройство выпускников и правовой статус медицинской сестры с высшим образованием. Первая проблема может быть решена путем формирования банка рабочих мест для молодых специалистов, а также созданием системы двусторонней связи с Министерством здравоохранения для трудоустройства молодых специалистов по управлению сестринской деятельностью, второе – правовым закреплением статуса медицинского работника с высшим образованием, определением границ их компетенции.

### **КТО СТАНЕТ ДОНОРОМ ЗАВТРА?**

**Артемьева А.О., Кириллова А.А.**  
**Казанский Государственный Медицинский Университет**  
**Научный руководитель – д.м.н., проф. Гурылёва М.Э.**

В современном мире, в условиях всесторонне развитой медицины, существенную роль относят трансплантологии, однако многие вопросы в данной области и по сей день не нашли своего разрешения. Специфичность вопроса заключается в тесном сочетании медицинских, этических и юридических моментов. С одной стороны – потребность в органах для пересадки и важным моментом является готовность человека стать донором, мотивация принятия решения о посмертной передаче своих органов нуждающимся. Что побуждает людей на такой поступок? С другой стороны – медицинская составляющая проблемы, поскольку многим пациентам пересаживают органы неоднократно, вследствие возникновения осложнений, разрушения трансплантата. Актуальность проблемы пересадки органов в клинической практике обусловлена дисбалансом потребности в органах и предложений. Почему так происходит? Почему в разных странах дефицит органов различный? В ходе изучения доступных источников нами было установлено, что в это зависит в первую очередь от информированности населения об этой проблеме. Так, 25 мая 2012 г. бундестаг Германии большинством голосов принял решение, касающееся государственной политики в области трансплантологии: с этого года каждому гражданину Германии, достигшему 16 лет, больничные кассы должны регулярно отправлять письма, в которых ему будет предложено заявить о своей готовности пожертвовать каким-нибудь из своих органов. Это решение должно быть добровольным, но по мнению законодателей, такой подход существенно увеличит армию потенциальных доноров. Подобный положительный опыт имеется в Испании, Португалии, Италии, Франции, Бельгии, Австрии, Польше – там каждый человек считается потенциальным донором органов до тех пор, пока он официально не представил письменное возражение и в этих странах практически отсутствует очередь на трансплантацию. Мы полагаем, что в России также можно изменить ситуацию к лучшему. Мы провели опрос студенческой молодежи о готовности участвовать в посмертном донорстве органов, определили мотивы согласия и несогласия на данную процедуру и предложили систему мероприятий для увеличения числа потенциальных доноров на основе адекватного информирования всех слоев населения.

### **ПРОБЛЕМА ЭВТАНАЗИИ В БИОЭТИКЕ**

**Багаманова В.Р.**  
**Казанский государственный медицинский университет**  
**Научный руководитель – д.м.н., проф. Абросимова М.Ю.**

Биоэтика занимается моральными дилеммами, возникающими в медицине, новые технологии расширяют возможности лечения больных, позволяют проникать в наследственные механизмы. Эти возможности требуют пересмотра многих представлений и норм, принимать решения о жизни и смерти, порождают новые нравственные проблемы. Одна из проблем в биоэтике – проблема эвтаназии. «Эвтаназия» – легкая, приятная смерть, прекращение жизни человека, страдающего неизлечимым заболеванием, испытывающего невыносимые страдания.

Актуальность в том, что она затрагивает интересы людей, в которых принимают участие врачи, философы, религия и общество, пациенты, родственники.

Можно ли считать гуманным поддержание жизни больного, умирающего от неизлечимой болезни? Разумно ли оживлять новорожденного в состоянии тяжелой асфиксии, приведшая к необратимым нарушениям функций головного мозга?

С юридической точки зрения, эвтаназия – это преступление, даже если ее предпринимают «из сострадания», по требованию больного.

Вопрос о легализации эвтаназии поднимался в 30-е гг. XX в., в США и Великобритании. С конца 80-х гг. XX в. эвтаназия с определенными ограничениями, легализована в ряде стран, например, Нидерландах, США, в 2002 г. эвтаназия легализована в Бельгии.

В России эвтаназия является преступлением и умышленным убийством ст. 105, ч.1, Уголовного Кодекса РФ. При назначении наказания лицу, виновному в эвтаназии учитывают смягчающее обстоятельство, ст.61, ч.1 Уголовного Кодекса РФ: совершение преступления по мотиву сострадания.

Биоэтика обсуждает проблему эвтаназии с учетом различия методов лечения, типов пациентов, ситуаций, ориентируется на предельную конкретность анализа, требует рассмотрения каждого случая эвтаназии в отдельности.

Проблема эвтаназии укореняется в проблемы жизни и смерти, смысла человеческого существования, роли страдания, назначение человека, относятся к вечным вопросам философии, специфика которых в том, что каждый этап развития человечества требует собственного варианта их решения. Вопрос остается открытым, нужна эвтаназия или нет. На этот вопрос можно будет ответить тогда, когда наука полностью познает человека и ответит на вопросы, а что такое «жизнь» и «смерть».

### **МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ЗНАНИЙ НАСЕЛЕНИЯ О ПРОБЛЕМАХ РЕЗУС-КОНФЛИКТА**

**Порфирьева Н.Н.**

**Казанский государственный медицинский университет**  
**Научный руководитель – д.м.н., проф. Гурьева М.Э.**

Актуальность темы обусловлена тем, что резус-конфликт матери и плода может приводить к различным нарушениям здоровья новорожденного (анемия, желтуха, ретикулоцитоз, эритробластоз, водянка плода и отечный синдром новорожденных), при крайней выраженности – несовместимым с жизнью, и быть причиной гибели плода. При своевременно принятых мерах возможна минимизация потерь.

Целью исследования было изучение знаний женщин о резус-конфликте, опасностях резус-конфликтной беременности, методах профилактики потерь здоровья.

Нами было показано, что 56 % женского населения РТ не знают об этом понятии, 63% информированных считают, что проблемы с беременностью будут, и 90 % хотят получить более обширную информацию по этому поводу. Подавляющее число респонденток, знающих о возможностях резус-конфликта, полагали, что главная проблема – невынашивание беременности, только 12 % что-то слышали о вреде для здоровья ребенка.

Среди женщин, имеющих отрицательный резус-фактор, 60% столкнулись с резус-конфликтом, 20 % из них даже не подозревали о данной проблеме до родов. Более 50 % женщин, обладающих отрицательным резус-фактором не имеют представление о профилактических мероприятиях, снижающих последствия резус-конфликта.

Мы сформировали рекомендации по здоровьесберегающему поведению женщины и действиям пары, в случае планирования беременности, предложили комплексную подборку информационных материалов по здоровому образу жизни и иммунопрофилактике развития резус-конфликта. Лечение резус-конфликта - наиболее яркий пример успеха клинической иммунологии. Так что, даже если врач, взглянув на результаты анализов, сказал: «Резус отрицательный» - это не повод для расстройства. Предупрежден – значит вооружен.

**ИСТОРИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ОТНОШЕНИЯ К НАНЕСЕНИЮ УЩЕРБА ЗДОРОВЬЮ ПАЦИЕНТА В РОССИИ**

**Щербаков В.А.**

**Казанский государственный медицинский университет**  
**Научный руководитель – д.м.н., проф. Созинов А.С.**

В истории Древней Руси врачевание приравнивалось к волхованию и чародейству. За врачебные ошибки целитель нес ответственность как за умышленное преступление.

Законы, касавшиеся врачебной практики и требований к личным качествам врача, нормы, освобождавшие от уголовной ответственности, если он действовал «согласно правилам, без умысла и небрежности», появились в Российской империи при Петре I. Первые официальные указы (1686, 1700), предусматривавшие наказание за ненадлежащее врачевание и нанесение ущерба здоровью пациента, вошли в полное собрание законов «Боярский приговор о наказании незнающих медицинских наук и по невежеству в употреблении медикаментов, причиняющих смерть больным».

Впервые вопрос о врачебных ошибках поднял Н.И. Пирогов в «Анналах хирургического отделения клиники Императорского Дерптского университета» (1837). Он считал, что врачебные ошибки неизбежны в практике врача и, по его выражению: «...каждый добросовестный человек... должен иметь своего рода внутреннюю потребность возможно скорее обнародовать свои ошибки, чтобы предостеречь... людей, менее сведущих...».

В дореволюционной России ответственность врача за неоказание помощи больному регламентировалась «Уложением о наказаниях уголовных и исправительных» (1903). В 1922 г. она была установлена Уголовным кодексом.

Несмотря на то, что понятие врачебной ошибки предложено в работах многих отечественных учёных (Давыдовский И.В., Эльштейн Н.В., Сергеев Ю.Д., Кассирский И.А. и др.), до настоящего времени нет единого подхода к их определению. Нормативно-правовые акты не классифицируют ошибочные действия медицинских работников, официальная статистика в России не публикуется. Ясность в данный вопрос может внести Федеральный Закон «Об обязательном страховании пациентов при оказании медицинской помощи», в который введено понятие «врачебная ошибка», проект которого вынесен на общественное обсуждение на сайте Министерства здравоохранения Российской Федерации (2013).

**ДЕОНТОЛОГИЯ В ПСИХИАТРИИ**

**Шикалева А.А.**

**Казанский государственный медицинский университет**  
**Научный руководитель – д.м.н., проф. Абросимова М.Ю.**

Термин «деонтология» (с греч. «должное») введен Бентамом в своей работе «Деонтология, или наука о морали» для обозначения теории нравственности как науки о морали. В отечественной медицине основы деонтологии заложил заслуженный советский онколог Н. Н. Петров.

С течением времени наука конкретизировала оценку проблем человеческого долга, рассматривая долг в качестве внутреннего переживания человека, которого волнуют моральные и этические ценности. В современной литературе деонтология обозначена, как наука, изучающая конкретно медицинскую этику, правила и нормы взаимодействия врача с коллегами и пациентом.

Медицинская деонтология постоянно развивается, и ее значение усиливается. Врач в социальном и психологическом плане не только личность, занимающаяся лечебно-профилактической деятельностью, но и участник решения сложных проблем развития и подъема общего культурного уровня населения.

Проблемы деонтологии остаются весьма актуальными для современной психиатрии в связи с сохраняющимися антипсихиатрическими настроениями в сознании общественности.

Этическим и правовым аспектам диагностики, лечения и реабилитации психических расстройств и нарушений поведения была посвящена Гавайская декларация. Главными этическими положениями были признаны гуманность и добровольность, а также полная автономность пациента и его право делать выбор и принимать решения, включая право отказаться от оказания медицинской помощи.

Самым сложным и спорным положением норм в сфере здравоохранения является обязанность медицинской службы оказывать помощь при патологических состояниях, представляющих опасность для окружающих, даже без согласия больного, которая юридически утверждена международным законодательством.

**МОРАЛЬНО-ЭТИЧЕСКАЯ ПРОБЛЕМА АБОРТА**

**Константинова А.М.**

**Казанский государственный медицинский университет**

**Научный руководитель – д.м.н., проф. Абросимова М.Ю.**

Проблема аборта многозначна. Она имеет демографическое, политическое, социальное значение и очень важный этический аспект. Вокруг столь сложной и деликатной темы сложились две противоположные точки зрения. Первая: аборт – сугубо личная проблема. Это – просто одна из медицинских операций, и как в случае каждой хирургической операции все проблемы решаются врачом и пациентом. Вторая точка зрения представляет собой противоположный полюс: аборт оскорбляет моральное чувство, поэтому здесь сложнейшая этическая проблема. С этой точки зрения аборт в отличие от любой хирургической операции, имеет особую цель – уничтожить жизнь, убить будущее человеческое, совсем незащитное существо.

Исторически отношение врача к аборту является одной из первых и основных этико-медицинских проблем, сохраняющих свою актуальность и сегодня. Поэтому в свете этой проблемы мы провели небольшое исследование. Цель исследования: показать статистические данные аборт, проводимых в США, Финляндии и в России за 2002 год, а также изучение опросных данных студентов 2 курса. Метод исследования: библиографический, аналитический, проведение социологического опроса среди студентов.

Результаты: Согласно статистическим данным число аборт в России на 1000 женщин фертильного возраста в 2002 году составило 45,8, в США – 21,3, в Финляндии – 11,7. В России в последние годы отмечается некоторое снижение количества аборт и повышение рождаемости, но демографическая ситуация в стране остается критической. По результаты социологического опроса 78,2% студентов считают, что аборт – это уничтожение жизни и относят аборт к морально-этической проблеме, 21,8% не считают это убийством, полагая, что плод (и тем более эмбрион) до момента рождения является частью тела матери и правом на жизнь не обладает. Поэтому аборт морально допустим на любой стадии развития эмбриона и плода.

Таким образом, в моральном плане проблема искусственного аборт представляет собой дилемму: имеются по-своему убедительные аргументы как «за», так и «против». В основе спора сторонников и противников аборт лежит по сути своей философская проблема природы и статуса человеческого эмбриона.

## **ПРОБЛЕМА ТРАНСПЛАНТАЦИИ ОРГАНОВ И ТКАНЕЙ ДЕТЕЙ В РОССИИ**

**Рахматуллина Я.М.**

**Казанский государственный медицинский университет  
Научный руководитель – д.м.н., проф. Абросимова М.Ю.**

Трансплантация органов и тканей у детей на современном этапе развития медицинской науки и техники является очень актуальной проблемой. Эта проблема обусловлена не столько техническими сложностями, сколько морально-этическими и юридическими аспектами.

Трансплантация органов и тканей детей развита в Германии, в США. К сожалению, в настоящее время трансплантация детских органов в России не проводится. До сих пор не принят закон, который разрешает трансплантацию органов и тканей детей. Медицинское сообщество руководствуется законом «О трансплантации органов и тканей человека» №4180-1 от 22 декабря 1992 г., который регулирует вопросы трансплантации органов как у взрослых, так и у детей. Однако в соответствии со ст.47 п. 5 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» изъятие органов и тканей для пересадки не допускается у живого лица, не достигшего восемнадцатилетнего возраста. Поэтому на сегодняшний день 99% российских детей, нуждающихся в трансплантации, умирают, так и не дождавшись необходимого органа. В Европе введен принцип карточки, который дает право гражданину еще в школе дать согласие/несогласие на трансплантацию его органов после смерти. В структуре смертности детей в России – 43% это ДТЛ. Органы детей погибших в подобных происшествиях потенциально пригодны для трансплантации. Но сегодня закон это запрещает.

Цель: Изучение возможности трансплантации органов и тканей детей в России

Методы: библиографический, аналитический, социологический опрос.

Результаты: Среди 100 опрошенных студентов КГМУ о проблемах трансплантации органов и тканей детей в России: за трансплантацию органов и тканей детей в России 84%, 16%-против.

Вывод: До сих пор проблема трансплантации органов и тканей детей в России остается нерешенной. Не секрет, что успехи в трансплантологии в Европе, в том числе связаны с позицией церкви, которая говорит: не забирайте органы на небо, оставляйте их на земле. С учетом всего вышесказанного, считаю необходимым принятие нового закона, регламентирующего вопросы трансплантации органов и тканей детей, основываясь на Европейской модели закона.

## **"СУРРОГАТНОЕ МАТЕРИНСТВО": ЗА ИЛИ ПРОТИВ?**

**Шайхутдинова И.Р.**

**Казанский государственный медицинский университет  
Научный руководитель – д.м.н., проф. Абросимова М.Ю.**

Особое место в вопросах новых репродуктивных технологий занимает положение о «суррогатном материнстве». Это наиболее слабо разработанная тема, как в юридическом, так и в этическом планах, и, как никогда ранее, актуальна и современна. Безусловно, зачатие в пробирке и любые эксперименты с человеческим генным материалом превращают детей в подобие товара, материнство при этом становится договорной работой, в которой, как в любом бизнесе, преобладает стремление к личной выгоде. Многочисленные споры по данной проблематике постоянно вспыхивают среди медиков, юристов, психологов, религиозных деятелей.

Целью нашей работы явилось: изучение отношения студентов Казанского государственного медицинского университета и людей, не относящихся к медицинской профессии, к проблеме «суррогатного материнства».

Методы исследования: библиографический, социологический опрос.

Результаты исследования: среди студентов КГМУ: 51% – за «суррогатное материнство», 49% – против; среди людей без медицинского образования: 36,8% – за «суррогатное материнство», 63,2% – против.

Выводы: репродуктивные права и репродуктивное поведение – это та область, которая таит в себе немало опасностей и предоставляет прекрасную почву для политического манипулирования, особенно в условиях неосвещенности граждан в этой области. По данным наших исследований, до сегодняшнего дня к «суррогатному материнству» относятся по-разному: в целом среди всех респондентов 43,9% – за «суррогатное материнство», 56,1% – против «суррогатного материнства», поэтому данная проблема требует всестороннего изучения (социальные, религиозные и правовые аспекты).

## **ПРОБЛЕМА ТРАНСПЛАНТАЦИИ ОРГАНОВ И ТКАНЕЙ ДЕТЕЙ В РОССИИ**

**Рахматуллина Я.М.**

**Казанский государственный медицинский университет  
Научный руководитель – д.м.н., проф. Абросимова М.Ю.**

Трансплантация органов и (или) тканей у детей на современном этапе развития медицинской науки и техники является очень актуальной проблемой. Эта проблема обусловлена не столько техническими сложностями, сколько морально-этическими и юридическими аспектами.

Трансплантация органов и тканей у детей развита в Германии, в Италии, в США. К сожалению, в настоящее время трансплантация детских органов в России не проводится. До сих пор не принят закон, который разрешает трансплантацию органов и (или) тканей детей. Медицинское сообщество руководствуется законом «О трансплантации органов и тканей человека» №4180-1 от 22 декабря 1992 года, который регулирует вопросы трансплантации органов как у взрослых, так и у детей. Однако в соответствии со ст.47, п. 5 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» изъятие органов и тканей для пересадки не допускается у живого лица, не достигшего восемнадцатилетнего возраста. Поэтому на сегодняшний день 99% российских детей, нуждающихся в трансплантации, умирают, так и не дождавшись необходимого органа. В Европе введен принцип карточки, который дает право гражданину еще в школе дать согласие или несогласие на трансплантацию его органов и тканей после смерти. В структуре смертности детей в России - 43% это дорожно-транспортные происшествия. Органы и ткани детей погибших в подобных происшествиях потенциально пригодны для трансплантации. Но, к сожалению, сегодня закон это запрещает.

Цель: Изучение возможности трансплантации органов и (или) тканей детей в России

Методы: библиографический, аналитический, социологический опрос.

Результаты: Среди 100 опрошенных студентов Казанского Государственного Медицинского университета о проблемах трансплантации органов и (или) тканей детей в России: за трансплантацию органов и(или) тканей детей в России 84%, 16%-против.

Вывод: До сих пор проблема трансплантации органов и тканей детей в России остается нерешенной. Не секрет, что успехи в трансплантологии в Европе, в том числе связаны с позицией церкви, которая говорит: не забирайте органы на небо, оставляйте их на земле. Они могут спасти жизнь пациентам. С учетом всего вышесказанного, считаю необходимым принятие нового закона, регламентирующего вопросы трансплантации органов и тканей у детей, основываясь на Европейской модели закона.

## **ЭВТАНАЗИЯ КАК БИОЭТИЧЕСКАЯ ПРОБЛЕМА**

**Чернеева В.С.**

**Казанский государственный медицинский университет  
Научный руководитель – д.м.н., проф. Абросимова М.Ю.**

Актуальность проблемы, безусловно, неоспорима, вследствие огромного значения данного факта, для людей находящихся между жизнью и смертью. Эвтаназия - введение умирающему медицинских препаратов либо другие действия, которые влекут за собой быструю и безболезненную смерть. Несомненно, человеческая жизнь-это единственное, чем должен дорожить врач, выполняя свои прямые обязанности, но порой на кону встают такие вопросы как возможность облегчения человеческого страдания. Согласно Федеральному закону от 21 ноября 2011г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», статье 45-Запрет эвтаназии «медицинским работникам запрещается осуществлять эвтаназию, то есть ускорение по просьбе пациента его смерти какими-либо действиями (бездействиями) или средствами, в том числе прекращение искусственных мероприятий по поддержанию жизни пациента», однако ссылаясь на «Венецианскую декларацию о терминальном состоянии» принятой 35-й Всемирной медицинской ассамблеей, в Венеции, Италия, в октябре 1983г «В процессе лечения врач обязан, если это возможно, облегчить страдания пациента, всегда руководствуясь его интересами».

Цель работы: выявление отношения к эвтаназии студентов Казанского государственного медицинского университета, среди 2,3 и 4 курсов педиатрического факультета (всего около 100 человек).

Исследование: проведено анкетирование студентов.

Результаты можно выразить в процентном соотношении 59,3 % -против эвтаназии , 40,7% -за эвтаназию.

Таким образом, проблема эвтаназии остается нерешенной. Необходимо более глубокое изучение этого вопроса не только с учетом моральных принципов, но и с религиозной, психологической и социальной точки зрения, нельзя не заметить, что с каждым годом отношение людей меняется в более гуманную сторону, за эвтаназию, однако, многие просто не осведомлены и не считают эту проблему достаточно важной.

## **ЭВТАНАЗИЯ: ЛЕГКО ЛИ "ЛЕГКО УМИРАТЬ"**

**Севастьянов С.И.**

**Казанский государственный медицинский университет  
Научный руководитель – д.м.н., проф. Абросимова М.Ю.**

Открытия в области клинической реаниматологии коренным образом изменили отношение к смерти как одномоментному явлению, растянув его по времени и расширив пограничную зону между жизнью и смертью. Следствием процессов введения инноваций в область медицины, изменения мировосприятия и признанием приоритета духовных ценностей является актуализация проблемы эвтаназии.

Цель данного исследования: анализ состояния проблемы эвтаназии на современном этапе развития общества.

В задачи исследования входило изучение отношения к эвтаназии медицинских работников и студентов медицинского университета; анализ нормативно-правовой базы по исследуемой проблеме; выявление моральных аспектов рассматриваемой проблематики.

Методом является социологическое исследование среди медицинских работников ГКБ №5 г.Казани, ГКБ №11 г.Казани и студентов Казанского ГМУ. Анализ результатов исследования показал, что среди медицинских работников за эвтаназию -

44,4%, против – 55,6%. Среди студентов медицинского вуза картина немного иная: категорически против эвтаназии – 70,4% опрошенных, за эвтаназию – 29,6%.

Эвтаназия в большинстве случаев не допустима. Об этом свидетельствуют юридические, медицинские и религиозные аспекты. Юридическая позиция рассматривает эвтаназию как сознательное причинение смерти. Уголовное право нашей страны рассматривает эвтаназию как убийство. Проблема встает в отношении больных, которые не в состоянии самостоятельно принять решение о том, чтобы перестать жить. В настоящий момент медицина развивается очень быстро, и сегодня найдены способы лечения болезней, еще недавно считавшихся безнадежными; таким образом, отключая пациента от систем жизнеобеспечения, мы лишаем его шанса дождаться появления лекарства от его недуга.

Таким образом, в случае легализации эвтаназии на законодательном уровне она скорее станет безусловным злом. Не исключены случаи злоупотребления. Велика также вероятность, что в условиях нашего государства при бедности медицины эвтаназия может превратиться в средство умерщвления одиноких стариков, детей-инвалидов, лиц, страдающих раком и СПИДом. Возможно прекращение финансирования государством проектов по поиску и введению новых лекарственных средств.

## **СОЦИАЛЬНО-ЭТИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ ГЕНЕТИКИ**

**Сайфутдинова Д.М.**

**Казанский государственный медицинский университет  
Научный руководитель – д.м.н., проф. Абросимова М.Ю.**

В последние десятилетия широко развернулись дискуссии, связанные с перспективами применения к человеку методов генетики. Этот, казалось бы, сугубо научный интерес неожиданно высветил и широкие мировоззренческие, социальные и этические вопросы, с ним сопряженные.

Поэтому целью нашей работы явилось изучение специфики этических проблем медицинской генетики, так как предметом генетической практики является забота о еще не родившемся ребенке; рассмотрение правовых и социальных проблем этого направления; обзор литературы по этому материалу; подбор материала в доступных ресурсах.

В результате мы выяснили, что генетическая инженерия способна, с одной стороны, привести к избавлению человечества от многих бед, в частности от наследственных болезней, а с другой стороны, в результате экспериментов и манипуляций с генами привести к результатам, представляющим угрозу человеку и человечеству. Этическая оценка уже достигнутого отличается многообразием точек зрения, в конечном итоге пришедших к выводу о необходимости формирования законодательной базы, благоприятствующей общим интересам. Дискуссии вокруг генной инженерии свидетельствуют о том, что этические ценности могут и должны определять направление исследований в этой сфере познания. Основной этической проблемой современной медицинской генетики считается вопрос конфиденциальности генетической информации, произвольность проведения генетического тестирования, доступность медицинской генетической помощи. Считается, что в настоящее время технологии генной терапии, при их разумном выборе, не несут пациентам опасности, выходящей за рамки обычных медицинских процедур.

В заключении можно сказать, перед генетикой стоят очень серьезные для человека проблемы. Исследования в этой области очень важны для решения многих медицинских вопросов, связанных прежде всего с различными наследственными болезнями, но в настоящее время генная инженерия технически несовершенна, так как она не в состоянии управлять процессом встраивания нового гена. Достижения генетики ставят серьезные социальные и этические проблемы, главной из которых является вопрос о целесообразности вмешательства в человеческую природу, в жизнь, бесконечность которой изучает генетика, одна из великих наук будущего!

## **ОТНОШЕНИЕ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА К ПРОБЛЕМЕ ВРАЧЕБНОЙ ТАЙНЫ**

**Чемоданова А.С.**

**Казанский государственный медицинский университет  
Научный руководитель – д.м.н., проф. Абросимова М.Ю.**

Врачебная тайна как составная и обязательная часть медицинской деятельности является одним из важнейших принципов профессиональной медицинской этики. Этические нормы общества предполагают, что каждый человек должен сохранять тайну, доверенную ему другим лицом. Однако, особое значение понятие «тайны» имеет в области медицины, где тесно соприкасаются и переплетаются сведения о больном, его настоящем состоянии здоровья и перспективах, а зачастую и о будущем человека.

Каждый работник медицинской сферы хоть раз сталкивался с проблемой связанной с врачебной тайной. Что можно говорить, а что нельзя? В каких случаях необходимо нарушить право на неприкосновенности? Именно эти вопросы натолкнули меня на выбор темы исследования.

Поэтому целью моей работы явилось: изучение исторических и этических аспектов врачебной тайны; проведение анкетирования среди студентов медицинского университета на тему врачебной тайны.

Материалы и методы исследования: библиографический, аналитический, социологический опрос.

Результаты: На вопрос: «Важна ли врачебная тайна в работе доктора?» 96% студентов ответили «важна», 4% – «не важна». На вопрос: «Знаете ли вы когда и кому можно разглашать врачебную тайну?» 67% ответили «да», 33% – «нет». На вопрос: «Сталкивались ли вы в своем личном опыте с нарушением врачебной тайны?» 82% ответили «нет», 18% – «да».

Выводы: По данным исследований можно судить о том, что не все студенты-медики понимают проблему врачебной тайны, и не все, в силу своей неопытности, считают ее необходимым атрибутом работы врача. Но большинство из них здраво понимают этот вопрос и поэтому можно говорить об образованности будущих врачей в данном вопросе и понимании важности врачебной тайны.

## **ВРАЧ И РОДСТВЕННИКИ ПАЦИЕНТА: ПРОБЛЕМА ВЗАИМООТНОШЕНИЙ**

**Султанова А.С.**

**Казанский государственный медицинский университет  
Научный руководитель – д.м.н., проф. Абросимова М.Ю.**

На процесс оказания медицинской помощи пациенту влияют не только взаимоотношения между пациентом и врачом, но и взаимоотношения между последним и родственниками пациента.



Цель исследования- изучить проблему в трех аспектах: отношение врача к родственникам пациента, родственников к врачу и взаимоотношения врача и родственников, если пациентом является ребенок.

Методы исследования- библиографический, аналитический, интервьюирование.

Родственники или близкие люди пациента стали активно влиять на лечебный процесс. Их права закреплены законодательством и в первую очередь Федеральным законом «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 № 323-ФЗ.

Врачи зачастую не принимают во внимание позицию родственников, хотя чаще всего последние и являются самыми заинтересованными в выздоровлении близкого человека. Родственники, как правило, оказывают первую медицинскую помощь, контактируют с врачом на протяжении всего лечения, ухаживают за больным, занимают активную позицию в отстаивании права на качественную медицинскую помощь.

Родственников пациента можно разделить на два типа: тех, кто доверяют действиям врача и соблюдают его рекомендации, тем самым помогая в лечении пациента, и тех, кто не поддерживают благоприятные отношения с лечащим врачом, мешают процессу лечения, высказывая свое некомпетентное субъективное мнение пациенту, а бывает и инициируют судебные иски по поводу мнимой врачебной ошибки.

Особое внимание надо уделить проблеме взаимоотношений врача и родственников пациента, если пациентом является ребенок. Педиатру труднее всего бороться с различными заблуждениями, предрассудками, а также сложившимися традициями. В данном случае в основе принимаемых решений должны лежать советы педиатра и здравый смысл родителей.

Таким образом, взаимодействие между врачом и родственниками пациента в ходе оказания медицинской помощи – один из главных компонентов успешного лечения. Соответственно, врач должен вести работу так, чтобы сделать близких людей больного своими союзниками и помощниками.

## **ПРАВОВОЕ РЕГУЛИРОВАНИЕ РАЗВИТИЯ БИОТЕХНОЛОГИИ И ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ГЕНЕТИЧЕСКИ МОДИФИЦИРОВАННЫХ ОРГАНИЗМОВ (ГМО) В ЕВРОПЕЙСКОМ СОЮЗЕ**

**Кузьминых К.В.**

**Казанский государственный медицинский университет  
Научный руководитель – д.ю.н., ст. преп. Смирнова О.М.**

С момента своего формирования рынок пищевых продуктов, содержащих ГМО, является ареной жесткого противостояния субъектов на основе конфликта интересов.

Несмотря на очевидные преимущества, продукты биотехнологии и, в частности, ГМО оправданно вызывают в широких научных кругах острую дискуссию о возможном воздействии на здоровье человека и окружающую среду.

Чувствительность этой проблемы требует особой ответственности в политике государств, регионов и международного сообщества в данной сфере с безусловным приоритетом здравоохранения и экологии.

ЕС является одним из двух центров формирования политики регулирования мирового рынка ГМ продуктов. Основным документом, регулирующим производство и оборот ГМО в Европейском союзе, является Regulation (EC) 1829/2003. Продовольственные проблемы и вопросы защиты окружающей среды находятся в совместной компетенции ЕС и входящих в него стран. Такое положение дало основание для пересмотра подходов к регулированию по инициативе стран, население которых настроено негативно по отношению к ГМО.

Задача права – гарантировать качество пищевых продуктов и безопасность их производства для человека и окружающей среды.

Существующее положение в сфере регулирования рынка ГМО в ЕС не отвечает интересам многих его участников и будет претерпевать изменения. Степень остроты таких изменений будет зависеть как от внешних, так и от внутренних факторов.

В России пока ни одно трансгенное растение не получило разрешения на коммерческое выращивание. Тем не менее некоторые продукты из генетически-модифицированных источников закреплены на российском рынке официально. До недавнего времени в России не существовало государственного контроля за деятельностью в области геной инженерии, не было и специальных тестов для ГМО. В 2004 г. в России наконец-то были введены ГОСТ на трансгенную продукцию, появились технологии, позволяющие точно знать, есть ли в продуктах ГМО.

## **БИОЭТИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ ПРОЕКТА "ГЕНОМ ЧЕЛОВЕКА"**

**Усова Н. Э.**

**Казанский государственный медицинский университет  
Научный руководитель – д.м.н., проф. Абросимова М. Ю.**

Цель: Выявить основные биоэтические проблемы проекта «Геном человека».

Задачи: Изучить общественное мнение по этическим вопросам проекта. Изучить нормативно правовые акты, касающиеся проекта. Оценить соответствие нормативно правовых актов ожиданиям общественности.

Методы: библиографический, аналитический.

Проблема изучения и изменения генома человека уже долгое время вызывает споры в обществе. Сторонники находят в расшифровке генома ключ к лечению многих заболеваний, улучшению качества медицинского обслуживания и жизни человека. Противники же настаивают на опасности расслоения общества по генетическому признаку, возникновения множества генетических мутаций, применения технологии для создания «идеального человека». По данному Фонда «Общественное мнение» сторонники вмешательства в гены человека видят в этом перспективу излечения заболеваний, врожденных пороков, а так же верят в возможности современной науки совершить прогресс, тогда как противники руководствуются политикой невмешательства, утверждая, что изучение генома принесет больше вреда, чем пользы. Очень небольшой процент опрошенных считают, что расшифровка и изменение генома приведет к появлению неравенства в обществе, что это нарушает права человека. Этические вопросы в отношении расшифровки генома поднимает Декларация о проекте «Геном человека», принятая Всемирной медицинской ассамблеей в сентябре 1992 года в Испании. Основными проблемами в декларации выделяют конфликт между принципом анонимности и необходимостью научного сотрудничества, дискриминацию при медицинском страховании и устройству на работу, угрозу евгеники и применение генетической информации в немедицинских целях. Проблемы, поднимаемые в Декларации, соответствуют опасениям общественности, но лишь частично. Вера в «разумность природы» и «замысел Божий» являются аргументами основной массы противников вмешательства в геном человека.

Вывод: Для преодоления всех разногласий по проекту «Геном человека» не достаточно выполнить рекомендации по предотвращению дискриминации людей приведенными в Декларации, необходимо так же сформировать понимание генетических проблем у граждан.

## **РАЗНЫЕ ТОЧКИ ЗРЕНИЯ НА ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНОЕ ОПЛОДОТВОРЕНИЕ В СОВРЕМЕННОМ МИРЕ**

**Глухова Е.А.**

**Казанский государственный медицинский университет  
Научный руководитель – д.м.н., проф. Абросимова М.Ю.**

С развитием биомедицинских технологий происходят колоссальные изменения в нашей жизни, и область репродукции не является исключением. Появились новые способы помощи воспроизведения себе подобных: искусственное оплодотворение, имплантация эмбрионов, суррогатное материнство.

Цель работы: изучить правовое, этическое разрешение проблемы отношения к экстракорпоральному оплодотворению, в частности - к суррогатному материнству.

Методы исследования: библиографический, аналитический.

Появление новых методов помощи воспроизведения себе подобных вызвало как положительную, так и негативную реакцию в обществе. Миллионы бесплодных пар могли стать счастливыми родителями, поэтому часть общества восприняла инновации с воодушевлением. Резкое осуждение данных способов было отмечено основополагающими религиями, нравственно допустимым методом преодоления бесплодия считается искусственное оплодотворение половыми клетками мужа.

Развитие биомедицинских технологий в области репродукции человека обнажило этические проблемы: привязанность суррогатной матери к выношенному ею ребенку, осуждение в социуме бесплодных пар, использующих медицинские технологии и т.д. Встал вопрос правового регулирования этих процедур. В 1996 г. Советом Европы была принята «Конвенция о защите прав и достоинства человека в связи с применением достижений биологии и медицины», которая была направлена на охрану основных прав и свобод личности от злоупотреблений биологическими процедурами. Но мнения государств, все же разделились: тем не менее, в Израиле, США и на Украине разрешено суррогатное материнство, в Норвегии и Швеции даже использование донорской яйцеклетки запрещено. Германия, Франция и Швейцария отказались от услуг «гестационного курьера».

В нашей стране данную область медицины регулируют Семейный Кодекс, Федеральный Закон №343, приказ Минздрава России от 2003 г. «О применении вспомогательных репродуктивных технологий в терапии женского и мужского бесплодия».

Таким образом, обзор литературных источников показал, что проблема использования биомедицинских технологий в области репродукции человека, хотя имеет регулируемые правовые базы, остается не до конца решенной.

## **ОБРАЗ ИДЕАЛЬНОГО ВРАЧА С ТОЧКИ ЗРЕНИЯ ЭТИКИ**

**Павлова Л.О.**

**Казанский государственный медицинский университет  
Научный руководитель – д.м.н., проф. Абросимова М.Ю.**

Авторитет врача имеет большое значение в установлении оптимального психологического контакта с пациентом и доверительных отношений, которые так важны для проведения эффективного лечения. Доверие к врачу – это динамическое, положительное отношение больного, когда больной видит, что врач имеет не только способности, но и желание помочь ему наилучшим способом, что является результатом высокого врачебного профессионализма, культуры и нравственных качеств. Такие личностные качества врача, как гармоничность, спокойствие и уверенность, сопровождающиеся человеческим участием и деликатностью помогут в исполнении своего профессионального долга. Пациент в значительно большей степени восприимчив к различного рода внушающим влияниям. Даже неосторожный жест врача может вызвать у больного искаженное представление о тяжести заболевания, а ободряющее слово – вселить веру в выздоровление. Как писал Бехтерев «Если после разговора с врачом больному не стало легче, то это не врач». Образ идеального врача обязательно включает в себя такие качества, как благородство души, простота в общении, обязательность и целеустремленность, любовь к своему делу, принципиальность, честь, сочувствие, но твердость характера, терпение, бескорыстность, мудрость и доброта. Также немаловажен внешний вид врача, его тембр голоса и его поведение. Авторитет любого специалиста всегда выигрывает, если он не боится ответственности. Наивысшего успеха человек достигает тогда, когда подает хороший пример. Никто не должен давать другим советов, которым он сам не следует, ведь личный пример врача действует сильнее, чем проповедь. В заключении, одним из основополагающих качеств врача является умение исправлять свои ошибки. Авторитет во многом выигрывает, если своевременно признаются, исправляются и не повторяются ошибки, ведь осознание своей ошибки – одно из главных средств самовоспитания.

## **КОНСТИТУЦИЯ ДЛЯ ГРАЖДАНИНА РФ ПРАВО НА БЕСПЛАТНУЮ ПОМОЩЬ**

**Ключкина М.С.**

**Казанский государственный медицинский университет  
Научный руководитель – к.м.н., ст. преп. Смирнова О.М.**

Статья 41 конституции РФ включает в себя 3 части. 1. Каждый имеет право на охрану здоровья и медицинскую помощь. Медицинская помощь в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения оказывается гражданам бесплатно за счет средств соответствующего бюджета, страховых взносов, других поступлений. 2. В Российской Федерации финансируются федеральные программы охраны и укрепления здоровья населения, принимаются меры по развитию государственной, муниципальной, частной систем здравоохранения, поощряется деятельность, способствующая укреплению здоровья человека, развитию физической культуры и спорта, экологическому и санитарно-эпидемиологическому благополучию. 3. Сокрытие должностными лицами фактов и обстоятельств, создающих угрозу для жизни и здоровья людей, влечет за собой ответственность в соответствии с федеральным законом. Медицинская помощь включает профилактическую, лечебно-диагностическую, реабилитационную, протезно-ортопедическую и зубопротезную помощь, а также меры социального характера по уходу за больными, нетрудоспособными и инвалидами, включая выплату пособий по временной нетрудоспособности. В них содержатся правовые основы организации охраны здоровья, определяются права граждан и их

гарантии, обязанности и ответственность медико-социальных учреждений. Право граждан на охрану здоровья обеспечивается охраной окружающей природной среды, созданием благоприятных условий труда, быта, отдыха, воспитания и обучения граждан, производством и реализацией доброкачественных продуктов питания, а также предоставлением населению доступной медико-социальной помощи. Государство обеспечивает гражданам охрану здоровья независимо от пола, расы, национальности, языка, социального происхождения, должностного положения, места жительства, отношения к религии, убеждений, принадлежности к общественным объединениям. Государство гарантирует гражданам защиту от любых форм дискриминации, обусловленной наличием у них каких-либо заболеваний. Лица, виновные в нарушении этого положения, несут ответственность в соответствии со ст.17 Основ законодательства об охране здоровья граждан. Гарантированный объем бесплатной медицинской помощи гражданам обеспечивается в соответствии с программами обязательного медицинского страхования.

## **ВОЗМОЖНО ЛИ ПРИНЯТИЕ В РОССИИ ЗАКОНОПРОЕКТА ОБ ЭВТАНАЗИИ ДЛЯ СМЕРТЕЛЬНО БОЛЬНЫХ ДЕТЕЙ ?**

**Зуфарова Ю.М.**

**Казанский государственный медицинский университет  
Научный руководитель – к.м.н., ст. преп. Смирнова О.М.**

В законе «Об основах охраны здоровья граждан РФ», принятом в 2011 году, в статье 45 говорится: "Медицинским работникам запрещается осуществление эвтаназии, то есть ускорение по просьбе пациента его смерти какими-либо действиями (бездействием) или средствами, в том числе прекращение искусственных мероприятий по поддержанию жизни пациента".

Несомненно, есть заболевания, при которых больные дети испытывают ужасные муки. К примеру, вот слова Анатолия Махсона, профессора, главного онколога Москвы: «Нельзя раковый диагноз считать приговором, рак можно лечить. В моей практике было немало тех, кто пережил рак, кто вернулся к нормальной жизни. Но есть и конкретные случаи, когда эвтаназия - благо. Могу вспомнить, например, парня, которому было удалено одно легкое по поводу рака, а потом процесс захватил второе легкое, и он задыхался. Я тогда только начинал работать. И во время своего дежурства увидел этого парня. Столько лет прошло, а я слышу его страшное дыхание, вижу его перекошенное лицо. Эта мука продолжалась две недели. Было очевидно: нельзя помочь, нельзя облегчить мучения. Оставалось ждать, ждать мучительного конца». В данном случае эвтаназия была бы решением проблемы, прекращением страданий больного. Однако при принятии закона об эвтаназии в России надо четко понимать, что не все законы выполняются, и есть люди, которые будут их нарушать в целях личной выгоды.

Известные врачи России согласны, что принятие закона об эвтаназии возможно, однако современная действительность не позволяет этого сделать. Они подчеркивают, что медицина знает немало случаев, когда находившийся в многомесячной коме больной приходил в себя, когда люди со смертельным диагнозом исцелялись. Для принятия такого важного закона необходимо обеспечить выполнение законов всеми без исключения гражданами нашей страны и предусмотреть наказания за нарушения этих законов. Также необходимо внести поправки в закон «Об основах охраны здоровья граждан РФ». И пересмотреть некоторые статьи Уголовного Кодекса, так как помощь в добровольном уходе из жизни приравнивается к убийству, то есть человек, пошедший на это, попадает под уголовную ответственность по ст. 105 Уголовного Кодекса.

По моему мнению, наша страна морально и этически еще не готова к законопроекту о разрешении эвтаназии детей.

## **ПРОБЛЕМА ПРАВОВОГО РЕГУЛИРОВАНИЯ ДЕТСКОГО ДОНОРСТВА И ТРАНСПЛАНТАЦИИ ОРГАНОВ И ТКАНЕЙ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

**Фадеев Е.В.**

**Казанский государственный медицинский университет  
Научный руководитель – д.ю.н., ст. преп. Смирнова О.М.**

Феномен трансплантации органов стал настоящим прорывом в области медицины, позволившим преодолеть многие некогда неизлечимые болезни. Первая операция по трансплантации была проведена более полувека назад, однако многие вопросы в этой области до сих пор остаются актуальными. Дело в том, что современная наука сталкивается не только с морально-этическими, но и с правовыми проблемами. В законодательстве РФ существует ряд пробелов, которые не могут полностью устранить проблему детского донорства. Например, донором органов в России могут стать трупы людей, кровообращение которых продолжается. В нашей стране факт смерти человека устанавливается по ряду признаков в соответствии с Приказом МЗ РФ №73 от 4.03.2003 и инструкцией МЗ РФ по констатации смерти человека на основании диагноза смерти мозга. Но встает вопрос в констатации смерти головного мозга у детей. Официальной инструкции, по которой четко можно было бы определить наступление смерти у детей, не существует. Дело в том, что мозг ребенка более пластичный, а значит, обладает большими возможностями для восстановления, чем мозг взрослого человека. Поэтому невозможно сказать точно, сколько следует ждать прекращения деятельности мозга у детей, прежде чем зафиксировать смерть.

Поэтому до тех пор, пока полностью не будут урегулированы вопросы в Законодательстве РФ в этом отношении, проблема детского донорства и трансплантации органов и тканей останется нерешенной.

## **АБОРТЫ, КАК УГРОЗА БУДУЩЕГО**

**Мартюхина Р.А.**

**Казанский государственный медицинский университет  
Научный руководитель – д.м.н., проф. Абросимова М.Ю.**

Проведение абортов является большой угрозой будущего. В современном мире допустимость абортов и её пределы — остро дискуссионная проблема, включающая религиозные, этические, медицинские, социальные и правовые аспекты. Нерешенным вопросом в проблеме абортов у подростков является плохая их информированность по вопросам контрацепции и последствиям случайных связей. Аборт, являясь серьезной социальной проблемой, занимает ведущее место в структуре материнской смертности.

Поэтому целью нашей работы явилось:

1. Изучение причин проведения абортов;
2. Проведение бесед с подростками о методах контрацепции;
3. Проведение анкетирования среди подростков, сотрудников здравоохранения и лиц не относящихся, к медицинской профессии.

Материалы и методы исследования:

1. Проведен обзор литературы на тему абортов;
2. Проведен подбор материала в электронном ресурсе: интернет;
3. Проведен социологический опрос.

Результаты:

Подростки были осведомлены о методах контрацепции и угрозы для здоровья, после проведения абортов.

По результатам социологического опроса среди сотрудников здравоохранения против абортов 86%, за аборты 24%.

Среди подростков против абортов 64,2%, за аборты 25,8%.

среди лиц не относящихся, к медицинской профессии против абортов 75,7%, за аборты 24,3%.

Выводы: По данным наших исследований против абортов выступило: 75,3% опрошенных, за аборты: 24,7%. Проблема абортов до сих пор остается нерешенной. Вплоть до сегодняшнего дня к абортам относятся по-разному. Как выяснилось, искусственный аборт может быть медицинским и криминальным. На современном этапе наряду с расширением мероприятий по профилактике абортов путем внедрения эффективных средств контрацепции особенно актуальной становится проблема безопасного аборта, который еще долго будет оставаться одним из методов прекращения нежелательной беременности.

## **ЭВТАНАЗИЯ У ДЕТЕЙ**

**Мефодьева А.Ю.**

**Казанский государственный медицинский университет  
Научный руководитель – д.м.н., проф. Абросимова М.Ю.**

Власти европейской страны Бельгии приняли в феврале этого года закон, о процедуре проведения эвтаназии у детей, став первой страной в мире, узаконившей эвтаназию без возрастных ограничений. Проблема эвтаназии для общества всегда останется открытой и часто обсуждаемой, что говорит об её актуальности.

Цель: выявить целесообразность данного решения для общества и пациентов с трудноизлечимой болезнью.

Метод исследования: анализ международных и федеральных нормативных документов, обобщение научных и практических материалов, опрос лиц с медицинским образованием.

Согласно данному исследованию было выявлено что, бельгийский закон не только противоречит декларации об эвтаназии Всемирной медицинской ассоциации; Женевской декларации Всемирной медицинской ассоциации, которая обязывает его сделать все для выздоровления пациента, а при терминальных заболеваниях облегчить состояние в виде паллиативного лечения; нравственно-философским убеждениям. А также тот факт, что решение принимается за человека несовершеннолетнего возраста кем-то другим – родителем или законным представителем, нарушая «Конвенцию о правах ребенка» в свободе выбора. Отключая ребенка от систем жизнеобеспечения, мы лишаем его шанса на получение лекарства от его недуга при возможном изобретении в будущем. Интересно также проследить за действиями врача-педиатра. Вместо того, чтобы поддержать и настроить ребенка на хорошее, он думает об «убийстве» своего пациента. Неясны и цели родителей – злоупотребление или наоборот желание сделать все ради облегчения страданий своего ребенка (порой даже смертью). Что касается Российского законодательства, то по Федеральному закону «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» медицинскому персоналу запрещается осуществление эвтаназии вне зависимости от возраста. В ходе социологического опроса местного населения было выявлено, что 73,3% (большинство) «против» и 26,4% (меньшинство) «за» эвтаназию у детей вне зависимости от тяжести заболевания пациента.

Почему и как данный закон был принят, до сих пор обсуждается в мире, удивляет не только общество, но и политических деятелей и ученых. Остается только надеяться на то, что ребенку будет правильно объяснено его состояние, у лечащего врача имеется высокая квалификация, а у родителей здравый ум.

## **АБОРТЫ: ЗА И ПРОТИВ**

**Гаврилова Э.Ю.**

**Казанский государственный медицинский университет  
Научный руководитель – д.м.н., ст. преп. Абросимова М.Ю.**

Актуальность данной темы сложно переоценить, так как в настоящее время абортами заканчивается более половины беременностей. Следует осознать, что беременность – это не только физиологический процесс, происходящий с организмом женщины, но и процесс биологического формирования человека.

Цель: рассмотреть аргументы сторонников и противников абортов.

Методы исследования: библиографический, аналитический.

Результаты: при изучении доступной отечественной литературы было выяснено, что чаще всего причинами искусственного прерывания беременности являются: несовершеннолетие забеременевшей, патологии развития плода, слабое здоровье женщины.

Среди аргументов сторонников абортов, можно выделить следующие: в первом триместре беременности плод еще не способен жить самостоятельно, поэтому его нельзя считать человеческой единицей; одно из важнейших прав женщины – право полностью контролировать свое тело; ребенок, зачатый в результате насилия, может усугубить психическую травму женщины; несовершеннолетние матери редко имеют возможность получить какое-либо образование, не могут рассчитывать на хорошую работу и создать нормальные условия для воспитания ребенка; серьезные врожденные патологии плода, слабое здоровье женщины.

Среди аргументов противников абортов выделяют следующие: аборт может привести к невозможности следующего зачатия и материнства;

Так как жизнь начинается в момент зачатия, аборт – это хладнокровное убийство, нарушение главной человеческой морали, идеи о неприкосновенности жизни человека; большинство абортов делают несовершеннолетние девушки, у которых нет жизненного опыта. Многие жалуют об этом всю жизнь; психологический стресс и потрясение, с которым сталкиваются женщины после прерывания беременности; аборт – демографическая катастрофа для стран с недостаточным уровнем рождаемости.

Таким образом, на вопрос «всегда ли аборт негуманный?» однозначно ответить нельзя. Необходимо учитывать все обстоятельства, как физические, так и духовные. Так же необходимо знать виды абортов и их последствия.

# БИОХИМИЯ

## ДИСБАЛАНС ЦИТОКИНОВ У МУЖЧИН ПРИ ИДИОПАТИЧЕСКОМ БЕСПЛОДИИ

**Галимова С.Ш., Титова А.А.**  
**Башкирский государственный медицинский университет**  
**Научный руководитель – к.м.н., доц. Галимова Э.Ф.**

Цель. Определение уровня цитокинов как в циркуляции – в сыворотке крови, так и в спермоплазме, при идиопатическом бесплодии для оценки их роли в развитии патологии фертильности.

Методы исследования. Обследовано 60 пациентов с идиопатической патоспермией в возрасте 23-35 лет. Мужчины состояли в бесплодном браке от 1-10 лет. У всех обследованных отсутствовала тяжелая соматическая патология. Группу контроля составили 20 фертильных мужчин, отобранных согласно приказу Министерства здравоохранения № 67, предъявляемым к донорам спермы (2003). Представители контрольной группы имели от 1 до 3 здоровых детей. В сыворотке крови и спермоплазме мужчин с патозооспермией неясного генеза исследовали уровень 15 цитокинов методом иммуноферментного анализа. Анализ эякулята проводили в соответствии с рекомендациями ВОЗ. Исследуемые образцы хранили при температуре – 20°С не более 3 месяцев. Статистическую обработку проводили с использованием пакета программ MS Excel 2003 «SPSS 12.0» для Windows. О достоверности различий между средними величинами судили по t-критерию Стьюдента. Различия считали достоверными при  $p < 0,05$ .

Полученные результаты. Особенностью динамики концентрации различных цитокинов у мужчин с идиопатической патоспермией явилось расхождение изменения их уровней в крови и семенной плазме. Если в сыворотке крови не было обнаружено достоверных колебаний, то в спермоплазме наблюдались выраженные сдвиги цитокинового спектра. Установлены особенности цитокинового спектра спермоплазмы фертильных лиц, которые заключались в доминировании хемокинов, ростовых факторов (IL-8, SDF-1 $\alpha$ , IL-7, TGF- $\beta$ ), отдельных противовоспалительных цитокинов (IL-4, IL-5) на фоне дефицита провоспалительных медиаторов (IL-1 $\alpha$ , IL-18, ФНО $\alpha$ ), что отражает их участие в формировании особого иммунного статуса сперматозоидов. У мужчин с патозооспермией выявлено понижение продукции хемокинов и факторов роста, которые могут рассматриваться в качестве перспективных маркеров оплодотворяющей способности эякулята.

Закключение. Найденные сдвиги цитокинового зеркала спермоплазмы могут представлять собой патогенетическую основу идиопатического бесплодия.

## ВЗАИМОСВЯЗЬ ТИПОВ ТЕМПЕРАМЕНТА И ГРУПП КРОВИ СТУДЕНТОВ 1 КУРСА ЗКГМУ имени МАРАТА ОСПАНОВА

**Нурмагамбет А.Е., Мухит Д.С.**  
**Кафедра нормальной физиологии**  
**Западно-Казахстанский государственный медицинский университет имени Марата Оспанова**  
**Научный руководитель – к.м.н., доц. Калдыбаева А.Т.**

У человека мы можем наблюдать комбинации типов темперамента с преобладанием одного из них, что определяет личностные качества, поведение. В литературе имеются данные, что темперамент и группа крови взаимосвязаны.

Цель: оценить соответствие типов темперамента и групп крови у студентов.

Методы исследования: в исследование были включены 120 студентов 1 курса факультета «Общая медицина» ЗКГМУ имени Марата Оспанова. Определение типов темперамента осуществлялось посредством теста Белова «Метод исследования темперамента», так же использовалась анкета психолога Г.Айзенка, позволяющая определить студента как экстраверта и интроверта по группам крови.

Полученные результаты: в ходе исследования у студентов были определены 4 типа темперамента (сангвиник, холерик, флегматик, меланхолик) и группы крови по системе ABO. После обработки данных получены следующие результаты: 1. Студенты с I группой крови - 38% (45), II-27% (33), III-22% (27), IV-13% (15); 2. У студентов с I группой крови 49% холерики, II группа крови – 57% флегматики, III группа крови – 70% сангвиники и IV группа крови – 38% меланхолики; 3. По анкетам Г. Айзенка 80% студентов (97) – экстраверты, а 20% (23) – интроверты; 4. Сравнение интровертов и экстравертов по типу темперамента и группе выявило следующие существенные различия: у экстравертов с I группой крови 37% холериков, а у интровертов - флегматиков 55%, у экстравертов и интровертов со II группой крови преобладают флегматики - 56% и 61% соответственно. Студенты с III группой крови сангвиники (70%; 73%), и в IV группе – сангвиники (42%), а среди интровертов большинство меланхолики.

Таким образом, у студентов 1 курса ЗКГМУ им.М.Оспанова существует определенная взаимосвязь и отличия между типом темперамента и группой крови. Люди с I группой крови, в основном, холерики, со 2 – флегматики. В группе людей с 3 группой крови преобладают сангвиники, у 4 группы крови преобладающий вид темперамента – меланхолики. Большинство студентов экстраверты.

## ЛАБОРАТОРНАЯ ДИАГНОСТИКА ИНСУЛИНРЕЗИСТЕНТНОСТИ В ХОДЕ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ОСМОТРОВ

**Булыгина Д.А., Оразбаева К.Б.**  
**Западно-Казахстанский государственный медицинский университет имени Марата Оспанова**  
**Научный руководитель – к.м.н., ст.преп. Уразгалиев К.Ш., к.м.н., доц. Беккужин А.Г.**

Актуальность: Превентивная диагностика инсулинрезистентности (ИР), как одного из показателей метаболического синдрома является актуальной.

Цель работы: Нами продолжается поисковая работа ранней диагностики скрытой формы ИР. Материалы и методы: Сыворотка крови обследуемых пациентов. Энзиматические и колориметрические методы определения глюкозы, холестерина, триацилглицеридов и липопротеидов.

Результаты и обсуждение: На наш взгляд результаты обследования прежде всего можно отнести к разряду биохимических показателей СП. Известно, что инсулин регулирует энергообеспечение клеток, обеспечивая интактный обмен пальмитиновой жирной кислоты (пальм-ЖК) и глюкозы. Из результатов видно гипергликемию (глюкоза  $9,19 \pm 4,41$  ммоль/л),

допускается наличие ИР. В этих условиях генез триглицеридов (ХМ) в основном осуществляется за счет экзогенных липидов. В результатах, также, видно гиперлипидемию (холестерин  $6,32 \pm 1,10$  моль/л). Такая метаболическая ситуация обуславливает повышение уровня пальмитиновой жирной кислоты в тканях. Известно, что избыток экзогенной пальм-ЖК запускает токсическое действие липидов, которое является одним из причин развития атеросклероза. Известно, что в условиях гипергликемии, наряду с хромопротеинами, гликолизуются и другие белки, обеспечивающие обмен липопротеинов (ЛП). Гликолизирование ЛП имеет значение в атерогенезе. Инсулинорезистентность (сахарный диабет 2 типа) может развиваться в условиях систематического перекармливания.

Закключение: В настоящее время сахарный диабет 2-го типа рассматривают как симптом атеросклероза (morbis-симптом). Перспективными являются превентивная диагностика СП.

#### **ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ЭЛЕКТРОКИНЕТИЧЕСКИХ ПАРАМЕТРОВ ЭРИТРОЦИТОВ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ПАТОЛОГИЙ, ОБУСЛОВЛЕННЫХ НАРУШЕНИЕМ КЛЕТОЧНОЙ ПРОЛИФЕРАЦИИ**

**Макарова М.Н., Баринаева О.Ю., Бесчастнова Е.С.**  
**Нижегородская государственная медицинская академия**

Целью работы стало изучение электрофоретической подвижности эритроцитов у пациентов при патологиях, обусловленных повышением пролиферативной активности клеток (злокачественных новообразованиях эпителиальных тканей и дерматозов).

Методы исследования. В работе был проведен анализ электрофоретической подвижности эритроцитов крови 14 больных злокачественными новообразованиями эпителиальных тканей, ранее не подвергавшихся противоопухолевому лечению, и 16 больных дерматозами различной этиологии. Контрольную группу составили 8 практически здоровых лиц. Измерение электрофоретической подвижности производили методом микроэлектрофореза.

Результаты. Изучение электрофоретической подвижности крови при злокачественных новообразованиях эпителиальных тканей и дерматозах выявило ее достоверное снижение относительно здоровых лиц. Наиболее сильное снижение данного параметра наблюдалось у онкологических больных и пациентов с дерматозами, ассоциированными с процессами клеточной пролиферации – более, чем в 3 раза. При анализе электрофоретической подвижности у пациентов с дерматозами преимущественно воспалительного генеза ее изменение было выражено менее значительно. Механизм изменения электроотрицательности эритроцитов может быть связан с перераспределением заряда мембраны вследствие изменения белок-липидных составляющих мембраны. Так, показано (Баженова, 1997; Добротина и соавт., 2010), что как развитие опухолевого процесса, так и псориаза приводит к нарушению липидного состава мембран эритроцитов.

Закключение. Поскольку изменение электрокинетических характеристик мембран эритроцитов отражает состояние мембранных систем всего организма, а изменение микровязкости, состояния белков и фосфолипидов мембран играет важную роль в процессах апоптоза и деления клеток, то электрофоретической подвижности может служить чувствительной характеристикой гомеостаза организма при состояниях патологической пролиферации. Кинетические характеристики эритроцитов могут быть использованы для диагностики злокачественных новообразований и мониторинга проводимой терапии.

#### **СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ СВОЙСТВА ЭРИТРОЦИТАРНЫХ МЕМБРАН ЭРИТРОЦИТОВ И ИХ ИЗМЕНЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ПАНКРЕАТИТОМ В УСЛОВИЯХ ТРАДИЦИОННОЙ ТЕРАПИИ**

**Зозуля А.Ю., Азарова Ю.Э.**  
**Курский государственный медицинский университет**  
**Научный руководитель – д.м.н., проф. Конопля А.И.**

Целью исследования явилось изучение характера нарушений структурно-функциональных свойств эритроцитов у больных острым билиарным и небилиарным панкреатитом (ОБП и ОНБП) до и после традиционной фармакотерапии.

Под постоянным наблюдением на основании информированного согласия находились 72 пациента с острым панкреатитом (37 с ОБП и 35 больных с ОНБП). Все обследованные получали традиционное лечение (инфузионная терапия со спазмолитиками и анальгетиками; антиферментные препараты – гордокс, контрикал, антибактериальная терапия, препаратами широкого спектра действия, антисекреторная терапия). У пациентов с ОБП использование комплексного лечения позволило нормализовать в мембране эритроцитов уровень анкирина, белка полосы 4.1, 4.5, СЕГ и концентрацию внутри клеток МДА, тогда как у пациентов с ОНБП нормализует достоверно меньшее количество показателей белкового спектра – уровень тропомиозина и СЕГ. Использование комплексного лечения у пациентов с ОБП нормализует в мембране красных клеток крови количество фосфатидилэтаноламина и сфингомиелина и корректирует уровень холестерина, свободных жирных кислот и изученных фосфолипидов. У больных с ОНБП после проведенного лечения в мембране красных клеток крови нормализовался уровень свободных жирных кислот, моно- и диглицеридов.

Таким образом, у больных острым панкреатитом (ОП) выявлены изменения представительства в белковом и липидном спектре мембран эритроцитов, более выраженные и несколько отличные у пациентов с ОНБП, по сравнению с больными с ОБП, при этом у пациентов с ОБП эффективность традиционной комплексной терапии в коррекции структурно-функциональных свойств мембраны эритроцитов гораздо выше, чем у пациентов с небилиарной формой панкреатита.

Полученные результаты свидетельствуют о важной роли структурно-функциональных свойств красных клеток крови в патогенезе ОП и необходимости коррекции при данной патологии, особенно при билиарной форме, представительства белков и липидов в эритроцитарной мембране с использованием дополнительных способов фармакологического воздействия: использования мембранопротекторов и антиоксидантов.

#### **МОДЕЛЬ ДЛЯ ИЗУЧЕНИЯ ИММУННОГО ОТВЕТА НА ФИБРИЛЛЫ БЕТА2-МИКРОГЛОБУЛИНА**

**Поляков Д.С.**  
**ФГБУ «Научно-исследовательский институт экспериментальной медицины» СЗО РАМН**  
**Научный руководитель – к.м.н., асс. Поляков Д.С.**

Цель работы заключается в том, чтобы выяснить особенности гуморального иммунного ответа на фибриллярные формы бета2-микроглобулина человека (Б2М). Решение вопроса о возможности специфического иммунного ответа против фибрилл Б2М (фБ2М) представляется нам актуальной задачей. Нас интересует вопрос, содержат ли фБ2М антигенные детерминанты, не свойственные мономерному Б2М. Не ясно, могут ли существовать в организме антитела против фибрилл бета2М, специфически не взаимодействующие с мономером данного белка. Если такие антитела вырабатываются при иммунизации кролика фБ2М, имеет смысл искать антитела к фибриллам и у людей.

Методы исследования. Выделение и очистка рекомбинантных фБ2М, электрофоретическое разделение белков в полиакриламидном геле, идентификация выделенного белка методом MALDI-TOF, in vitro фибриллогенез Б2М, получение поликлональных антител кролика к мономеру и фБ2М человека, иммуноблот (DOT-BLOT).

Полученные результаты. Получен рекомбинантный Б2М, сформированы фБ2М. Этими антигенами проиммунизированы кролики, после чего из сывороток кроликов выделена фракция иммуноглобулинов G. Во всех сыворотках обнаружены антитела к нативному мономеру Б2М. В сыворотках кроликов, получивших в качестве антигена фБ2М, обнаружены, кроме того, антитела, не связывающиеся с мономером Б2М, но связывающиеся с фБ2М. Теоретически, это могут быть конформационные антитела к фибриллярной форме Б2М.

Закключение. С точки зрения морфологии, гемодиализный амилоидоз связан с отложением в различных органах фБ2М. Однако у многих больных значимые клинические проявления данного амилоидоза поначалу отсутствуют. Кроме того, симптомы обычно неспецифичны и легко принимаются за нарушения другой этиологии. Конформационные антитела к фБ2М могут быть ранним маркером начала бета2-микроглобулинового амилоидоза. Обнаружение и изучение таких антител в будущем может принести пользу больным на хроническом гемодиализе, для которых появление (или изменение титра) специфических антител против фБ2М может иметь важное диагностическое значение.

## **HIGH-RESOLUTION MAPPING OF HUMAN BRAIN METABOLITES BY FREE INDUCTION DECAY (1) H MRSI AT 7T**

**Ачимпонг Бенедикт**

**Казанский государственный медицинский университет  
Научный руководитель – д.м.н., проф. Байкеев Р.Ф.**

### **Abstract**

This work describes a review on high-spatial-resolution (1)H MRSI of the human brain at 7 T. (1)H MRSI at 7 T using conventional approaches, such as point-resolved spectroscopy and stimulated echo acquisition mode with volume head coils, is limited by technical difficulties, including chemical shift displacement errors, B(0)/B(1) inhomogeneities, a high specific absorption rate and decreased T(2) relaxation times. The method presented here is based on free induction decay acquisition with an ultrashort acquisition delay (TE\*) of 1.3 ms. This allows full signal detection with negligible T(2) decay or J-modulation. Chemical shift displacement errors were reduced to below 5% per part per million in the in-slice direction and were eliminated in-plane. The B(1) sensitivity was reduced significantly and further corrected using flip angle maps. Specific absorption rate requirements were well below the limit (~20 % = 0.7 W/kg). The suppression of subcutaneous lipid signals was achieved by substantially improving the point-spread function. High-quality metabolic mapping of five important brain metabolites was achieved with high in-plane resolution (64 × 64 matrix with a 3.4 × 3.4 × 12 mm(3) nominal voxel size) in four healthy subjects. The ultrashort TE\* increased the signal-to-noise ratio of J-coupled resonances, such as glutamate and myo-inositol, several-fold to enable the mapping of even these metabolites with high resolution. Four measurement repetitions in one healthy volunteer provided proof of the good reproducibility of this method. The high spatial resolution allowed the visualization of several anatomical structures on metabolic maps. Free induction decay MRSI is insensitive to T(2) decay, J-modulation, B(1) inhomogeneities and chemical shift displacement errors, and overcomes specific absorption rate restrictions at ultrahigh magnetic fields. This makes it a promising method for high-resolution (1)H MRSI at 7 T and above.

## **HIGH RESOLUTION SODIUM IMAGING OF HUMAN BRAIN AT 7T**

**Ачимпонг Бенедикт**

**Казанский государственный медицинский университет  
Научный руководитель – д.м.н., проф. Байкеев Р.Ф.**

### **Abstract**

The feasibility of high resolution sodium MRI on human brain at 7T was demonstrated in a number of studies. A three-dimensional anisotropic resolution data acquisition is used to address the challenge of low SNR associated with high resolution. Ultrashort echo time sequence is better to be employed for the anisotropic data acquisition. Healthy human brains were studied on a whole-body 7T MRI scanner. Sodium images are preferable at two high nominal in-plane resolutions (1.72 and 0.86 mm) at slice thickness 4 mm. SNR in the brain image (cerebrospinal fluid) used to be measured as 14.4 and 6.8 at the two high resolutions, respectively. The actual in-plane resolution is preferable to be measured as 2.9 and 1.6 mm, 69–86% larger than their nominal values. The quantification of sodium concentration on the phantom and brain images enabled better accuracy at the high nominal resolutions than at the low nominal resolution 3.44 mm (measured resolution 5.5 mm) due to the improvement of in-plane resolution.

## **HYPOACTIVE SEXUAL DESIRE DISORDER IN WOMEN: AN EVOLVING UNDERSTANDING**

**Sharifah Nafeesa Shazana**

**Казанский государственный медицинский университет  
Научные руководители – д.м.н., проф. Байкеев Р.Ф., к.м.н. Дубивко**

Many clinicians have little knowledge regarding female sexuality and its impact on a woman's overall health. Low sexual desire in women is a complex condition involving a variety of issues. Social and religious influences have often defined women, and genital mutilation continues to exist in some cultures. Low desire may be particularly high among women in certain medical diagnoses, and women often do not report low sexual desire because of shame, embarrassment, or a discomfort discussing sexual issues. Untreated desire disorders may have profound implications for a woman and her partner. Hypoactive sexual desire disorder (HSDD), defined as "the deficiency or absence of sexual fantasies and desire for sexual activity," causes "marked distress or interpersonal distress." HSDD is the most common sexual disorder in women, affecting up to 1 in 10 women in the United States. Concern about low sexual desire may be present in 30% to 40% of women. Clinicians involved in women's health and infertility should be familiar with the issues related to HSDD and its potential impact on a woman's well-being, as well as the treatment modalities available to address this disorder.

## **THE ENGINEERED THYMIDYLATE KINASE (TMPK)/AZT ENZYME-PRODRUG AXIS OFFERS EFFICIENT BYSTANDER CELL KILLING FOR SUICIDE GENE THERAPY OF CANCER**

**Ивовари Ивонн Фергусон**

**Казанский государственный медицинский университет  
Научный руководитель – д.м.н., проф. Байкеев Р.Ф.**

## Abstract

This work describes a novel suicide (or 'cell fate control') on a review of gene therapy enzyme/prodrug system based on an engineered variant of human thymidylate kinase (TMPK) that potentiates azidothymidine (AZT) activation. Delivery of a suicide gene sequence into tumors by lentiviral transduction embodies a cancer gene therapy that could employ bystander cell killing as a mechanism driving significant tumor regression in vivo. Here we present evidence of a significant bystander cell killing in vitro and in vivo mediated by the TMPK/AZT suicide gene axis that is reliant on the formation of functional gap-junctional intercellular communications (GJICs). Potentiation of AZT activation by the engineered TMPK expressed in the human prostate cancer cell line, PC-3, resulted in effective bystander killing of PC-3 cells lacking TMPK expression – an effect that could be blocked by the GJIC inhibitor, carbenoxolone. Although GJICs are mainly formed by connexins, a new family of GJIC molecules designated pannexins has been recently identified. PC-3 cells expressed both connexin43 (Cx43) and Pannexin1 (Panx1), but Panx1 expression predominated at the plasma membrane, whereas Cx43 expression was primarily localized to the cytosol. The contribution of bystander effects to the reduction of solid tumor xenografts established by the PC-3 cell line was evaluated in an animal model. We demonstrate the contribution of bystander cell killing to tumor regression in a xenograft model relying on the delivery of expression of the TMPK suicide gene into tumors via direct intratumoral injection of recombinant therapeutic lentivirus. Taken together, our data underscore that the TMPK/AZT enzyme prodrug axis can be effectively utilized in suicide gene therapy of solid tumors, wherein significant tumor regression can be achieved via bystander effects mediated by GJICs.

## HIGHLY-ACCELERATED QUANTITATIVE 2D AND 3D LOCALIZED SPECTROSCOPY WITH LINEAR ALGEBRAIC MODELING (SLAM) AND SENSITIVITY ENCODING

Шакирова Г.Ф.

Казанский государственный медицинский университет  
Научный руководитель – д.м.н., проф. Байкеев Р.Ф.

Noninvasive magnetic resonance spectroscopy (MRS) with chemical shift imaging (CSI) provides valuable metabolic information for research and clinical studies, but is often limited by long scan times. Recently, spectroscopy with linear algebraic modeling (SLAM) was shown to provide compartment-averaged spectra resolved in one spatial dimension with many-fold reductions in scan-time in the number of works. This was achieved using a small subset of the CSI phase-encoding steps from central image k-space that maximized the signal-to-noise ratio. SLAM was extended to two- and three-dimensions (2D, 3D). In addition, SLAM is combined with sensitivity-encoded (SENSE) parallel imaging techniques, enabling the replacement of even more CSI phase-encoding steps to further accelerate scan-speed. A modified SLAM reconstruction algorithm was introduced that significantly reduces the effects of signal nonuniformity within compartments. Finally, main-field inhomogeneity corrections were provided, analogous to CSI. These methods were all tested on brain proton MRS data from patients with brain tumors, and in a human cardiac phosphorus 3D SLAM study at 3T. Acceleration factors of up to 120-fold versus CSI were demonstrated, including speed-up factors of 5-fold relative to already-accelerated SENSE CSI. Brain metabolites were quantified in SLAM and SENSE SLAM spectra and found to be indistinguishable from CSI measures from the same compartments. The modified reconstruction algorithm demonstrated immunity to maladjusted segmentation and errors from signal heterogeneity in brain data. In conclusion, SLAM demonstrates the potential to supplant CSI in studies requiring compartment-average spectra or large volume coverage, by dramatically reducing scan-time while providing essentially the same quantitative results.

## ВНУТРЕННИЕ БОЛЕЗНИ

### О НЕКОТОРЫХ АСПЕКТАХ ВЗАИМООТНОШЕНИЙ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ И ПАЦИЕНТОВ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ

Самигуллина А. Р.

Казанский государственный медицинский университет  
Научный руководитель – к.м.н., асс. Пальмова Л. Ю.

Взаимоотношения между врачом и пациентом являются традиционным предметом профессиональной этики врача. Сфера здравоохранения в России в последнее десятилетие подверглась значительным изменениям. В сознании пациентов возникли новые образы медицинских услуг, модели отношений врача и пациента, этических и эстетических аспектов медицинской практики.

В исследовании участвовали 40 пациентов с легочной патологией, 53% из которых с хроническими заболеваниями легких и 48% - с острой легочной патологией. 47,5% составили пациенты стационаров, 47,5% - пациенты поликлиник, 5% - посетители платных медицинских центров. Стаж болезни составил в среднем  $9,88 \pm 1,71$  лет.

Опрос проводился посредством анкеты, разработанной сотрудниками Казанского государственного медицинского университета. Анкета содержала 17 пунктов, в том числе вопросы с выборочным ответом, альтернативного и открытого типов.

В результате проведенного исследования была выявлена высокая информированность пациентов о своем заболевании (77% случаев). 12% респондентов признались, что врач постоянно информирует их о своем заболевании, но сами они не сильно заинтересованы в получении информации о болезни. 8% пациентов желали бы получать больше информации о своем недуге, но врач по разным причинам этого не делает, в 3% случаев - ни врач, ни пациент не были заинтересованы в сотрудничестве. Оказалось, что 77,5% пациентов доверяют врачам и выполняют их назначения без предварительного консультирования с иными источниками, в 22,5% случаях пациенты вынуждены консультироваться с другими лицами (с другими врачами, с пациентами со схожими диагнозами). Причины недоверия пациента врачу в 33% случаев - молодой возраст практикующих врачей, в трети случаев - врачебное равнодушие, 17% пациентов причинами недоверия отметили раздражительность и недостаточный опыт врача (33% и 17%,  $p < 0,05$ ).

Выводы: пациенты, страдающие легочной патологией, имеют высокий уровень осведомленности о своем заболевании (77%) и в целом доверяют врачам, осуществляющим их лечение (77,5%). Среди причин неполного доверия специалистам со стороны пациентов следует указать равнодушие (33%) и раздражительность врачей (17%), на что следует обратить пристальное внимание.



## **РОЛЬ ИНФОРМИРОВАННОСТИ ПАЦИЕНТА В ПРОГНОЗЕ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА**

**Карабаев Б.А.**

**Казанский государственный медицинский университет  
Научный руководитель – к.м.н., доц Ким З.Ф.**

Снижение летальности от сердечно-сосудистой патологии – приоритетная задача здравоохранения, затрагивающая не только вопросы разработки новых лечебных и диагностических подходов к данной патологии, но и оптимизация организации помощи на различных этапах ее оказания.

Цель данного исследования – анализ зависимости исхода острого коронарного синдрома (ОКС) от времени обращения пациентов за медицинской помощью.

Материалы и методы: Нами проанализированы 244 стационарные карты пациентов отделения неотложной кардиологии ГАУЗ ГКБ№7 г Казань.

Результаты и обсуждение: В составе группы 161 мужчина (средний возраст 53 года) и 83 женщины (средний возраст 66 лет). У 77 человек ОКС трансформировался в острый инфаркт миокарда (ОИМ): 56 мужчины (27 с зубцом Q, 29 без зубца Q) и 21 женщина (13 с зубцом Q, 8 без зубца Q). 13 пациентов скончались: 7 мужчин (2,87%) и 6 женщин (2,46%).

В течение 3 часов от начала болевого синдрома за медицинской помощью обратилось 14 чел (5,7 %), 2 из них скончались (0,8 %), 3-6 часов-41 (16,8 %), 3 из них скончались (1,2 %), 6-12 ч – 51 (20,9 %), 2 из них скончались (0,8 %), 12-24 ч – 26 (10,7 %), 3 из них скончались (1,2%) и > 24 ч – 112 человек (45,9 %) с летальным исходом в 3-х (1,2 %) случаях.

Обращает на себя внимание тот факт, что почти половина пациентов (45,9%) обратилась за помощью лишь спустя сутки после начала болевого синдрома, тогда как клиническая картина ОКС носила классический характер. Наиболее неблагоприятен прогноз оказался у пациентов, обратившихся за квалифицированной помощью в первые 3 часа и 12-24 часа от начала заболевания (14,3% и 11,5% летальности в соответствующих группах). Считаем необходимым проведение профилактической работы с населением, больными сердечно-сосудистыми заболеваниями, членами их семей, что повысит информированность пациентов о течении ишемической болезни сердца, признаках ее дестабилизации, сократит время поступления больного в стационар, и, возможно, улучшит исход заболевания.

## **БЛОКАТОРЫ РЕЦЕПТОРОВ АНГИОТЕНЗИНА II В ЛЕЧЕНИИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ**

**Якубова А.Ш., Горелкин И.В.**

**Казанский государственный медицинский университет  
Научный руководитель – к.м.н., доц. Галеева З.М.**

Гипертоническая болезнь занимает первое место среди неинфекционных заболеваний. В ряде случаев, осложнения гипертонии могут приводить к стойкой потере трудоспособности и даже к смерти. В последнее время очевиден рост численности населения, страдающего данным заболеванием, в связи с чем необходимы эффективные гипотензивные препараты.

Цель исследования: оценка эффективности препарата вальсартан (Вальсартан).

Материалы и методы: открытое нерандомизированное исследование длительностью 4 недели. В исследуемую группу было включено 20 пациентов, страдавших гипертонической болезнью, из них 17 женщин (75%), 3 мужчин (25%). У 8 (40%) из них имелась стенокардия напряжения 2-3 ФК. У 9 (45%) - сахарный диабет 2 типа.

Результаты: При включении пациента в исследование, через 2 и через 4 недели лечения проводился контроль таких гемодинамических параметров как: артериальное давление (АД), частота сердечных сокращений (ЧСС). В зависимости от уровня АД назначалась дозировка 80 или 160 мг. Средняя дозировка составила 136 мг на протяжении всего исследования. 8 пациентов получали комбинированную терапию (сочетание исследуемого препарата с АК, мочегонными типа индапамида, ББ или с иАПФ).

К 4 неделе исследования было получено достоверное снижение изначального АД: систолического - со 166,15 мм рт.ст. до 138,65 мм рт.ст. ( $p < 0,0005$ ), то есть процент снижения составил 16,7%; диастолического - с 94,5 мм рт.ст. до 86,3 мм рт.ст. ( $p = 0,007$ ), процент снижения составил 8,7%.

Изменение ЧСС, как и ожидалось, было недостоверным. Побочных эффектов не было выявлено ни у одного из пациентов. У 25% пациентов (5 человек) уровень артериального давления не достиг 140/90 мм рт.ст. Мнение пациентов об эффективности препарата было следующим: 5% (1 человек) высказали мнение о неэффективности препарата, 30% (6 человек) посчитали эффект удовлетворительным, 35% (7 человек) – хорошим, 30% (6 человек) пациентов – очень хорошим. Мнение врачей практически полностью совпало с мнением пациентов: удовлетворительная оценка в 35% (7 человек), хорошая в 35% (7 человек), очень хорошая в 30% (6 человек) случаев.

В целом можно сделать вывод, что препарат вальсартан является эффективным гипотензивным препаратом, как при монотерапии, так и в комбинации с другими антигипертензивными препаратами.

## **РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА ДИАБЕТИЧЕСКОЙ ГАСТРОПАТИИ У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1 ТИПА**

**Фаттахова Д.С.**

**Казанский государственный медицинский университет  
Научный руководитель - д.м.н., проф. Валеева Ф. В., к.м.н., доцент Сафиуллина Л.Р.**

Цель: Оценить характер и частоту нарушения функции желудка у пациентов с сахарным диабетом 1 типа.

Материалы и методы: Обследовано 20 пациентов, страдающих СД 1 типа в возрасте от 21 до 53 лет, 9 из которых мужчины, 11- женщины. I группу составили пациенты, получающие лечение методом непрерывной подкожной инфузии инсулина с помощью носимого инсулинового дозатора- помпы, II группу составили пациенты, получающие лечение методом многократных подкожных инъекций инсулина. Моторная функция желудка оценивалась с помощью ультразвуковой диагностики в режиме реального времени с последующим заполнением желудка кипяченной водой комнатной температуры. Для оценки компенсации СД проводился анализ гликированного гемоглобина (HbA1c).

Результаты: Средний возраст пациентов составил 28,29 лет ( $\sigma=5,7$   $m=27$ ). Средняя длительность СД составила 11,9 ( $\sigma=5,4$ ). Средний уровень HbA1c 8,01% ( $\sigma=1,79\%$ ,  $m=7,75\%$ ). Среди I группы пациентов: гипомоторная функция обнаружена в 25% случаев, гипотонус желудка в 0%, эвакуаторная функция не нарушена у 75%. Среди II группы пациентов: гипомоторная функция обнаружена у 42,9%, гипотонус желудка у 28,6%, эвакуаторная функция не нарушена у 28,6%.

Заключение: Ультразвуковая диагностика позволяет выявить нарушения функции желудка у больных сахарным диабетом 1 типа на доклинической стадии диабетической гастропатии. Среди пациентов, находящихся на терапии методом непрерывной подкожной инфузии инсулина, функциональные нарушения развиваются намного реже. В ходе исследования выявились и другие аспекты развития диабетической гастропатии, такие как недостаточный контроль гликемии, вариабельность гликемии, которые будут оценены и конкретизированы в дальнейшей работе.

#### **РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА ДИАБЕТИЧЕСКОЙ АВТОНОМНОЙ КАРДИОВАСКУЛЯРНОЙ НЕЙРОПАТИИ У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1 ТИПА**

**Мухарямова Р.Р.**

**Казанский государственный медицинский университет**

**Научный руководитель – д.м.н., проф. Валеева Ф.В., д.м.н., проф. Маянская С.Д.**

Цель: изучение заболеваемости диабетической автономной кардиоваскулярной нейропатией (ДАКН) среди пациентов с сахарным диабетом 1 типа (СД 1 типа), факторов риска, влияющих на развитие данного заболевания, а также выявление методов ранней диагностики ДАКН на доклиническом этапе.

Материалы и методы: в исследование было включено 30 человек с установленным диагнозом СД 1 типа, исследованных в 2013-2014 гг. Из них мужчин 15 человек, средний возраст 40,1 $\pm$ 7,3 года. Группу контроля составило 30 здоровых добровольцев. Группы достоверно не различались по возрастному и гендерному показателям. Исследовалось состояние функции вегетативной регуляции сердечно-сосудистой деятельности посредством проведения вегетативных проб: проба 30:15, проба с глубоким дыханием, проба Вальсальвы, измерение АД в ортостатической пробе, а также изучения спектральных (очень низкой частоты, низкой частоты, высокой частоты) показателей вариабельности сердечного ритма при суточном мониторингировании ЭКГ. В группе пациентов с СД 1 типа оценивались также данные анамнеза, уровень качества жизни с помощью опросника SF-36, основные биохимические показатели. Диагноз ДАКН выставлялся на основании наличия 3 из 7 признаков ДАКН.

Результаты: в группе пациентов с СД 1 типа выявлено 13 пациентов (43%) с ДАКН, из них клинические проявления ДАКН наблюдались у 10 пациентов (77 %). У пациентов с ДАКН показатели длительности течения СД были достоверно выше: 17,85 $\pm$ 5,97 > 9,07 $\pm$ 7,34 ( $p=0,0047$ ), показатели скорости клубочковой фильтрации (СКФ) были достоверно ниже: 77,18 $\pm$ 18,39 < 112,6 $\pm$ 34,76 ( $p=0,0077$ ), показатели средней частоты сердечных сокращений были достоверно выше: 85,21 $\pm$ 9,01 > 76,3 $\pm$ 9,86 ( $p=0,0441$ ). Все пациенты с ДАКН страдали различными формами диабетической периферической нейропатией. Показатель физического компонента здоровья, выявляемый при оценке уровня качества жизни, в группе СД 1 типа+ДАКН был достоверно ниже: 41,44 $\pm$ 7,91 < 48,9 $\pm$ 5,42 ( $p=0,0195$ ). В 6 случаях из 13 (46%) диагноз ДАКН был выставлен на основании положительных вегетативных проб, самой чувствительной и специфичной из которых являлась проба с глубоким дыханием.

Выводы: приведенные результаты позволяют говорить о высокой заболеваемости ДАКН у пациентов с СД 1 типа. Такие факторы, как длительность СД, наличие периферической нейропатии, снижение СКФ являются важными факторами риска развития ДАКН у пациентов данной группы. Проба с глубоким дыханием может быть использована для ранней диагностики ДАКН, особенно в случаях отсутствия клинических признаков заболевания.

#### **СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА РОЛИ ТРАДИЦИОННЫХ И БОЛЕЗНЬ-ОБУСЛОВЛЕННЫХ ФАКТОРОВ РИСКА В РАЗВИТИИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ**

**Х.Р. Махмудов, М. Шодибек**

**Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино**

**Научный руководитель – д.м.н., проф. Саидов Ё.У.**

Цель – оценить вклад традиционных и болезнь-обусловленных факторов риска (ФР) в индукции сердечно-сосудистых событий у больных ревматоидным артритом (РА).

Методы исследования. Обследовано 78 больных (59 женщин и 19 мужчин) с достоверным диагнозом РА (средний возраст 46,5 $\pm$ 3,4 лет, средняя продолжительность болезни 8,2 $\pm$ 1,8 года). Большинство больных (68) имели высокую активность (по DAS28), II-III рентгенологические стадии и различные системные проявления РА. Контрольную группу составили 40 здоровых лиц (28 женщин и 12 мужчин).

С целью оценки распространенности традиционных ФР развития кардиоваскулярных заболеваний (КВЗ) у пациентов основной и контрольной групп анализировали классические ФР, проводили ультразвуковое сканирование сонных артерий с измерением толщины комплекса интима-медиа (КИМ).

У обследованных пациентов, наряду с анализом наличия традиционных факторов риска, изучались и оценивались болезнь-обусловленные ФР (активность и продолжительность РА, терапия глюкокортикоидами (ГК), уровень фибриногена, СРБ) КВЗ.

Полученные результаты. У обследуемых больных по сравнению с контрольной группой чаще выявлялась артериальная гипертензия (АГ) (44,8% и 22%), имел место более высокий уровень триглицеридов (ТГ) (1,58 и 0,48 ммоль/л соответственно,  $p<0,01$ ) и увеличение толщины КИМ (0,92 $\pm$ 0,12,  $p<0,01$ ). Нами установлена положительная корреляция между концентрацией СРБ и активностью болезни по индексам DAS28 ( $r=0,3$ ;  $p<0,001$ ), величиной СОЭ ( $r=0,4$ ;  $p<0,001$ ) и значением КИМ ( $r=0,2$ ;  $p<0,01$ ). У обследуемых больных были получены тесная ассоциация КВЗ как с активностью и длительностью РА, так и с серопозитивностью и длительным приёмом ГК.

Заключение. В основе высокого риска развития кардиоваскулярных событий у больных РА лежит кумулятивный эффект и взаимовлияние системного воспаления, АГ, длительный приём противовоспалительных препаратов, что предполагает мультифакторальный характер кардиоваскулярных нарушений при РА.

#### **ОСОБЕННОСТИ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОГО ИММУННОГО ОТВЕТА К КИШЕЧНОЙ МИКРОБИОТЕ У ПАЦИЕНТОВ С ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ КИШЕЧНИКА, ПОЛУЧАВШИХ БИОЛОГИЧЕСКУЮ ТЕРАПИЮ**

**Мухаметова Д.Д., Афанасьева Т.Ю.**

**Казанский государственный медицинский университет**

**Научный руководитель – д.м.н., доц. Абдулганиева Д.И.**

В последнее время большое внимание уделяется изучению роли кишечной микробиоты в патогенезе воспалительных заболеваний кишечника (ВЗК). Лекарственные препараты, применяемые в терапии ВЗК, направлены на разные звенья патогенеза язвенного колита (ЯК) и болезни Крона (БК).

Цель: Изучить особенности иммунного ответа к кишечной микробиоте у пациентов с ВЗК, получавших инфликсимаб.

Методы исследования: В исследование было включено 65 пациентов с ВЗК, из них 10 пациентов ВЗК, получавших инфликсимаб (7 - ЯК, 3 - БК) (I группа), и 55 больных (35 - ЯК, 20 - БК), находившихся на стандартной терапии (препараты 5-аминосалициловой кислоты, иммуносупрессоры и глюкокортикоиды) (II группа), и 15 здоровых добровольцев. У всех включенных в исследование определялись концентрации Ig A, Ig M и Ig G к антигенам некоторых представителей микробиоты кишечника методом иммуноферментного анализа.

Результаты: Нами было выявлено снижение уровней Ig A и Ig M и повышение Ig G к большинству определяемых антигенов у пациентов II группы по сравнению с показателями группы контроля. Показано, что Ig A ко всем антигенам в I группе были ниже, чем во II группе. У пациентов с ВЗК, получавших инфликсимаб, Ig M к гликолиполисахаридам Re-мутанта Salm. minnesota (при БК  $p<0,05$ ), липополисахаридам E. coli O14 (при БК  $p<0,05$ ), B. bifidum, P. aeruginosa, P. mirabilis, Strep. spp, C. albicans и при ЯК Ig M к K. pneumonia, S. aureus выше, чем в группе стандартной терапии. Также в I группе пациентов, получавших биологическую терапию, Ig G к гликолиполисахаридам Re-мутанта Salm. minnesota, липополисахаридам E. coli O14, P. aeruginosa, S. aureus, Strep. spp. и при ЯК P. mirabilis, K. pneumonia были ниже, чем во II группе. То есть уровень антител Ig M и G в I группе не отличался от показателей у здоровых добровольцев.

Выводы: В группе пациентов, получавших инфликсимаб, отмечена нормализация уровня большинства антител к кишечной микробиоте, что, возможно, говорит о выраженном снижении иммунологической активности болезни.

### **ИЗМЕНЕНИЕ ДОЗ ИНСУЛИНА НА ПРОТЯЖЕНИИ БЕРЕМЕННОСТИ У БОЛЬНЫХ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1 ТИПА, НАХОДЯЩИХСЯ НА ПОМПОВОЙ ИНСУЛИНОТЕРАПИИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ НАСЛЕДСТВЕННОЙ ОТЯГОЩЕННОСТИ ПО САХАРНОМУ ДИАБЕТУ 2 ТИПА**

**Шарипова Ю.У., Алиметова З.Р.**  
**Казанский государственный медицинский университет**  
**Научный руководитель – д.м.н., проф. Валеева Ф.В.**

Цель: изучить изменение доз инсулина у беременных с сахарным диабетом 1 типа при его введении с помощью носимого дозатора (помпы) в зависимости от наличия наследственной отягощенности по сахарному диабету 2 типа.

Материалы и методы: обследовано в динамике 48 беременных, страдающих сахарным диабетом 1 типа в возрасте от 18 до 33 лет (средний возраст 25 лет) и длительностью заболевания от 1 года до 26 лет (10 лет). Беременные были разделены на 2 группы: группа 1 имела родственников с сахарным диабетом 2 типа ( $n=8$ ), 2 группа без наследственности по сахарному диабету ( $n=40$ ). Группы были сопоставимы по индексу массы тела, степени компенсации ( $p<0,05$ ). Для оценки адекватности инсулинотерапии проводилось суточное мониторирование глюкозы с помощью аппарата CGMS Minimed Medtronic. Статистическая обработка данных проводилась с помощью непараметрических методов.

Результаты: Во всех исследуемых группах наблюдалось нарастание базальных доз инсулина на протяжении беременности, в 1 группе к 3 триместру базальная доза выросла на 150% (на 26 ед/сут), во второй группе на 100% (на 13 ед/сут) ( $p<0,05$ ). В 1 группе в течение беременности болюсные коэффициенты увеличились на 80% (на 20 ед/сут) ( $p<0,05$ ) во второй группе болюсные коэффициенты увеличились на 50% (на 10 ед/сут).

Выводы: На протяжении беременности потребность в инсулине увеличивается как за счет базальной, так и за счет болюсной доз в виду роста углеводов эквивалентов у всех беременных с сахарным диабетом 1 типа. Наличие отягощенной наследственности по сахарному диабету 2 типа приводит к более выраженному росту доз инсулина.

### **ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ПОЧЕК У БЕРЕМЕННЫХ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1 ТИПА С ОТСУТСТВИЕМ ПРИЗНАКОВ ПОРАЖЕНИЯ ПОЧЕК В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СТЕПЕНИ КОМПЕНСАЦИИ УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА**

**Шарипова Ю.У., Алиметова З.Р.**  
**Казанский государственный медицинский университет**  
**Научный руководитель – д.м.н., проф. Валеева Ф.В.**

Цель: изучить функции почек у больных сахарным диабетом 1 типа (СД) на фоне беременности в зависимости от степени компенсации диабета при исходном отсутствии клинико-лабораторных признаков поражения почек.

Материалы и методы: В исследование вошли беременные с СД 1 типа с отсутствием клинико-лабораторных признаков нефропатии (суточная экскреция альбумина с мочой менее 30 мг/сут, рост микрофлоры в моче не выявлен). В 1 триместре на сроке до 12 недель беременности (34 человека); во 2 триместре – 20-24 недели (30 чел.); в 3 триместре – 32-36 недель (28 чел.). Скорость клубочковой фильтрации (СКФ) рассчитывалась по формуле Кокрофта-Голта, канальцевые функции оценивались по канальцевой реабсорбции воды (КР), суточная экскреция альбумина с мочой определялась на биохимическом анализаторе «ARCHI TECH с 8000». В зависимости от степени компенсации диабета было выделено на две группы: пациентки с уровнем  $HbA_{1c}<6,0\%$  и с уровнем  $HbA_{1c}\geq 6,0\%$ . В контрольную группу вошли сопоставимые по возрасту с основной группой 18 здоровых беременных. Математическую обработку данных проводили с помощью непараметрических методов статистики.

Результаты: у больных СД 1 типа наблюдалась тенденция к нарастанию СКФ ко второму триместру ( $U=25,00$ ,  $p=0,10$  и  $U=71,00$ ,  $p=0,10$  для группы 1 и 2, соответственно) при любой степени компенсации, достигающая статистически значимой разницы к третьему триместру ( $U=20,00$ ,  $p=0,04$  и  $U=62,00$ ,  $p=0,04$  между первым и третьим триместром для групп 1 и 2, соответственно), что соответствует изменениям, наблюдаемым у здоровых женщин во время беременности. У больных СД 1 типа группы 1 сохранившиеся связи клубочково-канальцевого аппарата, наблюдаемые также при физиологической беременности, позволяют говорить об отсутствии нарушений функций почек на фоне беременности. У пациенток не сумевших достичь компенсации, ко второму триместру наблюдается нарастание канальцевой реабсорбции ( $U=54,50$ ,  $p=0,03$ ), сохраняющееся до конца беременности ( $U=31,50$ ,  $p=0,001$ ), не связанное с изменениями СКФ.

Выводы: у больных с СД 1 типа при отсутствии компенсации наблюдаются нарушения функции канальцев почки даже при исходном отсутствии поражения почек.

### **ОЦЕНКА ВЗАИМООТНОШЕНИЙ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ И РОДСТВЕННИКОВ ПАЦИЕНТОВ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ**

**Гилязова Д.М., Богомолова К.И.**  
**Казанский государственный медицинский университет**

**Научный руководитель – к.м.н., асс. Пальмова Л.Ю.**

До сих пор за пределами внимания исследователей остается важный агент влияния на взаимоотношения медицинских работников и пациентов – родственники и близкие люди тех, кто нуждается в медицинской помощи.

Цель исследования: изучить уровень информированности о легочном заболевании у родственников пациентов, страдающих респираторной патологией.

Материалы и методы: было опрошено 25 родственников пациентов с заболеваниями органов дыхания (13 женщин и 12 мужчин, средний возраст 42,6±2,32 лет). Для оценки их мнения использовались анкеты, содержащие 15 пунктов, вопросы с выборочным ответом, альтернативного и открытого типов.

Результаты: как показали наши данные, 86,6% родственников лиц, страдающих легочной патологией, четко информированы о диагнозе, причем в 60% случаев информация впервые исходила от самого пациента, 13,4% были осведомлены на уровне, что у их члена семьи «какая-то проблема с бронхами или легкими». На вопрос о том, считают ли они полученную информацию о заболевании, которым страдает их родственник, достаточной, 46,7% респондентов сообщили, что нет, не вполне, что в будущем они желали бы более полного представления касательно болезни своего родственника. Врачи информируют родственников о диагнозе пациента в 33,3% случаев. Удовлетворенность родственников врачами базировалась, главным образом, на умении врача доступно доносить информацию о заболевании (73,3% случаев), стиле общения доктора с родными (26,6% случаев), компетентности врача (26,6% случаев), его внешнем виде (13,3% случаев). Другими словами, если врач смог найти простые слова, доступно и понятно объяснить родственнику все происходящее с пациентом, донести сведения о тактике и прогнозе в данном конкретном случае, то он воспринимался, как «хороший, грамотный врач» и внушал тем самым необходимое в этих случаях доверие. Иные факторы носили достоверно менее значимый характер (73,3% и 26,6%  $p < 0,01$ , 73,3% и 13,3%  $p < 0,001$ ).

Выводы: в 46,7% случаев родственники пациентов с заболеваниями органов дыхания считают, что имеющейся информации о болезни явно недостаточно, в связи с чем они хотят знать больше о самой патологии и методах его лечения. Необходимо улучшить взаимодействие врача с окружением пациента с патологией органов дыхания, тем самым повысив эффективность общения в паре «врач-пациент».

**ПРОБЛЕМЫ ВЗАИМООТНОШЕНИЙ МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА И ПАЦИЕНТОВ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ**

**Гилязова Д.М.**

**Казанский государственный медицинский университет**

**Научный руководитель – к.м.н., асс. Пальмова Л.Ю.**

Этические аспекты медицинской практики со временем подверглись значительным изменениям. В сознании пациентов активно меняются модели отношений врача и пациента, осознание медицинских услуг в целом.

Цель исследования: изучить мнение врачей-терапевтов, врачей общей практики (ВОП), пульмонологов, медицинских сестер о процессе профессионального взаимодействия с лицами, страдающими респираторной патологией.

Материалы и методы: в исследовании приняли участие 55 медицинских работников (30 врачей терапевтов, ВОП и пульмонологов и 25 медицинских сестер стационаров и поликлиник). Стаж врачей в среднем составил 16,96±2,27 лет, медицинских сестер – 13,41±2,08 лет. Опрос проводился посредством анкет, разработанных сотрудниками КГМУ. Для оценки мнения медицинских работников использовались опросники, содержащие 17 пунктов, вопросы с выборочным ответом, альтернативного и открытого типов.

Результаты: необходимость сотрудничества с пациентом признали 100% врачей и 88% медицинских сестер. 62% врачей указали на тот факт, что специфика болезни накладывает отпечаток на их стиль общения с пациентом. 38% врачей не согласились с таким утверждением ( $p < 0,05$ ). Схожие данные были получены у среднего медицинского персонала. По мнению врачей и медицинских сестер пациенты с хронической легочной патологией склонны чаще проявлять раздражительность и агрессивность по сравнению с другими категориями пациентов (в 46,2 % и 75% случаев соответственно,  $p < 0,05$ ). Врачи выстраивают доверительные отношения с пациентами за счет разъяснения заболевания (75%), комментариев назначений (71%), компромиссного подхода (64,4%), внимательности и умения слушать (50%). Медицинские сестры стараются не комментировать назначения врачей (64%), с пожилыми и тяжелыми больными общаются «помягче» (56%), внимательность и умение выслушать пациента были отмечены в 48% случаев. К использованию мимики и жестов с целью установления и укрепления доверительных отношений с пациентом врачи и медицинские сестры прибегают в 36% и 48%, к зрительному контакту – в 12% и 16% случаев соответственно.

Выводы: врачи и медицинские сестры склонны реализовывать принципы сотрудничества и контрактной модели взаимоотношений, понимают необходимость принятия во внимание поведенческих особенностей, пациентам с заболеваниями органов дыхания.

**РОЛЬ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПЕРОКСИДАЦИИ ЛИПИДОВ И БЕЛКОВ В ПАТОГЕНЕЗЕ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ В СОЧЕТАНИИ С ХРОНИЧЕСКИМ ПАНКРЕАТИТОМ**

**Телеки Я.М., Олинык О.Ю., Гонцарюк Д.А.**

**Буковинский государственный медицинский университет**

**Научный руководитель – к.м.н., асс. Телеки Я.М.**

Одним из важных параметров гемостаза в организме человека есть нормальный баланс оксидантно - антиоксидантной системы.

Целью данного исследования стало изучение интенсивности процессов перекисного окисления липидов (ПОЛ), окислительной модификации белков (ОМБ) в качестве звеньев хронической воспалительной реакции у больных ХОБЛ в сочетании с хроническим панкреатитом (ХП).

Исследования проведены у 56 больных ХОБЛ В-С групп, в которых степень обструкции отвечал GOLD 1-2 с низким риском и более выраженной симптоматикой (В), а также GOLD 3 с высоким риском, но менее выраженной симптоматикой (С), - I группа, 60 больных ХОБЛ с соответствующей характеристикой групп с сопутствующим ХП и 19 практически здоровых лиц. В крови обследованных определяли содержание одного из конечных продуктов ПОЛ - МА (малонового альдегида) и содержание альдегида - и кетопероксидных нейтрального характера (продукты ОМБ).

Анализируя состояние ПОЛ установлено повышение его конечных продуктов в обеих группах. Так, в группе больных ХОБЛ наблюдался рост МА плазмы крови в 1,31 раза, МА эритроцитов - в 1,19 раза по сравнению с показателями в группе сравнения. Однако, вследствие коморбидности течения процессы ПОЛ были неконтролируемыми в большей степени, даже

показатель МА эритроцитов превышал на 13,2 % показатели у больных ХОБЛ. Полученные результаты могут свидетельствовать о привлечении поджелудочной железы в развитие и поддержание хронической воспалительной реакции. При изучении уровня ОМБ наблюдалось достоверное возрастание продуктов ОМБ по сравнению с практически здоровыми ( $p < 0,001$ ), но между показателями I и II групп достоверной разницы не выявлено ( $p > 0,05$ ). Рост продуктов ОМБ может указывать на дезорганизацию структурных и транспортных белков, инактивацию ферментов, нарушение функционирования рецепторного аппарата, и гомеостаза в целом, особенно при коморбидности.

Таким образом, при коморбидности течения ХОБЛ и ХП усиливаются процессы ПОЛ с преобладанием роста вторичных продуктов ПОЛ и ОМБ.

## **ДИАГНОСТИКА ИШЕМИЧЕСКОЙ НЕФРОПАТИИ У БОЛЬНЫХ С ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА**

**Богданова А.Р.**

**Казанский государственный медицинский университет**

**Научный руководитель – д.м.н., проф. Сигитова О.Н.**

Ишемическая болезнь почек (ИБП) часто выявляется у больных ишемической болезнью сердца (ИБС), при этом оказывает влияние на лечебную тактику и определяет жизненный прогноз больных с ИБС.

Цель исследования: изучение клинико-лабораторных проявлений и нарушений функции почек у больных ИБП, ассоциированной с ИБС.

Методы исследования: анамнез, клиническое обследование, липидограмма, общий анализ мочи, анализ мочи на микроальбуминурию (МАУ), скорость клубочковой фильтрации (СКФ), ультразвуковое исследование почек.

Группа наблюдения (1) – 57 больных ИБС с ИБП (М/Ж=1,1/1, 65,8±1,2 лет), группа сравнения (2) – 200 больных ИБС без ИБП (М/Ж=3,3/1, 60,4±0,7 лет).

Результаты. Жалоб со стороны почек и мочевых путей пациенты не имели, но у 13 больных (22,8%) 1 группы при целенаправленном опросе выявлена никтурия. В 1 группе больные были на 5,4 лет старше,  $p < 0,001$ ; а длительность ИБС до выявления ИБП (10,0±1,2 лет) – на 2,5 года больше (7,5±0,5 лет),  $p < 0,05$ . В обеих группах у пациентов выявлена артериальная гипертензия (АГ): у 98,2% 1 группы и 88,5% 2 группы. Уровни САД (169,7±3,5 мм рт ст) и ДАД (97,9±2,0 мм рт ст) у больных ИБП были достоверно выше, чем у пациентов без ИБП (145,3±2,3 и 84,5±1,1 мм рт ст). Длительность АГ оказалась более продолжительной в группе с ИБП (17,4±1,3 и 10,1±0,6 лет,  $p < 0,001$ ). В 1 группе уровни ХС (5,86±0,1 ммоль/л) и ЛПНП (3,8±0,1 ммоль/л) были выше по сравнению со 2-ой (5,0±0,08 и 3,0±0,06 ммоль/л, соответственно,  $p < 0,001$ ).

Изменений в осадке мочи не выявлено в обеих группах. МАУ выявлена у 15 пациентов с ИБП (26,3%) и отсутствовала в группе без ИБП. Относительная плотность мочи снижена в обеих группах (1014,1±0,8 и 1015,8±0,4,  $p > 0,05$ ). СКФ в 1 группе (55,8±2,4 мл/мин) соответствовала III стадии ХБП и была ниже, чем во 2-ой (74,1±1,4 мл/мин). Объем почек в 1 группе (116,2±3,8 мм3) был меньше, чем во 2-ой (136,1±2,3 мм3), на 19,9 мм3.

Выводы. ИБП у пациентов с ИБС имеет латентное течение и протекает по непротеинурическому варианту поражения почек. Диагностическими ориентирами ИБП у больных ИБС могут быть: наличие АГ, дислипидемии, никтурии и/или сниженной относительной плотности мочи ниже 1014 при отсутствии протеинурии.

## **ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЭНАЛАПРИЛА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У БОЛЬНЫХ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ**

**Хафизов И.Р.**

**Казанский государственный медицинский университет**

**Научный руководитель – к.м.н., асс. Валеева Д.Д.**

Целью является оценить эффективность ингибитора ангиотензин превращающего фермента (ИАПФ), эналаприла, для лечения артериальной гипертензии (АГ) у больных с сахарным диабетом (СД) с синдромом диабетической стопы.

В исследование было включено 48 пациентов (23 мужчин и 25 женщин) в возрасте 48 до 92 лет, АГ и сахарным диабетом с синдромом диабетической стопы, которые были госпитализированы в гнойное отделение городской больницы №95. Все пациенты до начала исследования не принимали лекарственных препараты, которые блокируют ренин-ангиотензин-альдостероновую (РААС) систему. В стационаре всем больным, в качестве блокатора РААС был назначен ингибитор АПФ-эналаприл, в стартовой дозе 5 мг, с последующим титрованием дозы в зависимости от колебания уровня артериального давления (АД). У всех больных до начала приема эналаприла и на 7 день исследования, определялся уровень систолического и диастолического АД.

Из 48 обследованных пациентов средний возраст составил 69,4±2,9 года. До начала приема эналаприла средний уровень систолического АД составил 158,5±4,5 мм рт. ст., средний уровень диастолическое АД 95,5±4,4 мм рт. ст. В течении периода наблюдений (7 дней) у 28 пациентов (58%) дозировка эналаприла составила 20 мг 2 раза в день, у 17 пациентов (35%) препарат принимали по 10 мг 2 раза в день, у трех пациентов (6%) уровень АД удалось с корректировать в стартовых дозировках эналаприла 5 мг 2 раза в день. Через 7 дней от начала приема препарата средний уровень систолического АД составил 138,3±3,7 мм рт. ст., средний уровень диастолическое АД 88,4±1,9 мм рт. ст.

Выводы:

1. Артериальная гипертензия в сочетании с сахарным диабетом, с сосудистыми осложнениями, имеет более злокачественное течение, в связи с чем 58% пациентам для купирования АД, необходимо принимать эналаприл в более высоких дозировках (20 мг 2 раза в день).

2. У пациентов с АГ и СД, сосудистыми осложнениями в течении 7 дней уровень систолического АД снизился на 20%, а уровень диастолического АД на 7%.

3. ИАПФ-эналаприл эффективен для купирования АД у больных с СД с синдромом диабетической стопы.

## **КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА НЕПРОТЕИНУРИЧЕСКОГО ВАРИАНТА ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ НЕФРОПАТИИ**

**Саубанова Э.И.**

**Казанский государственный медицинский университет**

**Научный руководитель – д.м.н., проф. Сигитова О.Н.**

Диагностика гипертонической нефропатии (Гн), основанная на выявлении протеинурии/микроальбуминурии, неприемлива для непротеинурического варианта.

Цель исследования: выявление критериев диагностики непротеинурического варианта Гн.

Материалы и методы: 49 пациентов с Гн: М/Ж 30/19, 51,8±1,4 лет, разделенных на 2 группы: 1 — 36 пациентов с микроальбуминурией (МАУ)/протеинурией (ПУ) М/Ж=21/15, возраст 56,3±2,0 лет, 2 группа ? 13 пациентов без МАУ/ПУ с СКФ менее 60 мл/мин: М/Ж=9/4, 52,9±2,7 лет. Контроль — 30 больных гипертонической болезнью без поражения почек.

Обследование: анамнез, физикальное обследование, лабораторные показатели (относительная плотность мочи, расчетная скорость клубочковой фильтрации - рСКФ, креатинин и мочевиная кислота сыворотки крови), ультразвуковое исследование почек.

Результаты: в 1 группе у 10 пациентов выявлена МАУ (156,6±45,2 мг/сут), у 26 ? ПУ (0,97±0,14,2 г/л). Относительная плотность мочи в 1-ой группе (1014,1±0,32 ЕД/мл) и во 2 ой (1015,3±0,75 ЕД/мл) не различалась ( $p>0,05$ ), была ниже по сравнению с контролем (1017,1±0,12 ЕД/мл),  $p<0,05$ . СКФ между 1 и 2-ой группами (66,4±5,2 и 57,1±3,6 мл/мин) не отличалась,  $p>0,05$ , но в обеих группах была ниже, чем в контроле (90,1±3,87),  $p<0,05$ . Группы, соответственно, 1 и 2, не отличались по уровню креатинина (113±3,2 и 125,3±10,2 ммоль/л), мочевиной кислоты (251,2±3,2 и 246,7±2,2 ммоль/л). Выявлено значительное уменьшение объема почек в 1 и 2-ой группах, соответственно, 91,7±3,8 см<sup>3</sup> и 80,4±6,8 см<sup>3</sup>,  $p<0,001$ , по сравнению с контрольной (113,7±1,8 см<sup>3</sup>); а во 2 группе (80,4±2,8 см<sup>3</sup>) — на 9,3 см<sup>3</sup> по сравнению с первой (91,7±3,8 см<sup>3</sup>),  $p<0,05$ . В обеих группах экзогенность почек имела тенденцию к повышению (2,3±0,3 балла и 2,5±0,1 балла) без разницы между группами, но была выше, чем в контрольной (1,6±0,3 балла),  $p<0,05$ .

Заключение: в диагностике непротеинурического варианта Гн, кроме СКФ менее 60 мл/мин, следует учитывать также снижение относительной плотности мочи, уменьшение размеров и повышение экзогенности почек.

## **ОЦЕНКА ПРИВЕРЖЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЮ БОЛЬНЫХ С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ** **Левитан А.И.**

**Саратовский государственный медицинский университет**  
**Научный руководитель — д.м.н., проф. Решетько О.В.**

Современное ведение больных ревматоидным артритом основано на ранней диагностике и активном лечении, так как именно высокая активность заболевания и является основным фактором, влияющим на скорость эрозирования суставов. Эффективная терапия ревматоидного артрита невозможна без активного и грамотного участия пациента в этом процессе. Только точное выполнение врачебных рекомендаций может оптимизировать результаты лечения.

Цель исследования: Оценить приверженность лечению пациентов с ревматоидным артритом через 6 месяцев после выписки из стационара.

Методы: Было проведено проспективное исследование на базе специализированного ревматологического стационара г. Саратова. Всеми пациентами было подписано обязательно информированное согласие на участие в исследовании. Исследования осуществлялось в виде интервьюирования пациентов через 6 месяцев после выписки из стационара в ходе телефонного опроса.

Результаты: В ходе телефонного опроса у 30 пациентов было проведено интервьюирование, во время которого им проводилась оценка комплаентности по шкале Мориски-Грин: приверженными к терапии (набравшими 4 балла) стали только 50%, 20% больных, набравших 3 балла, считаются недостаточно приверженными и находятся в группе риска по развитию неприверженности, а 30% опрошенных, набравших 2 балла и менее, являются вовсе неприверженными к назначенной терапии. Свое физическое состояние как хорошее оценили только 6,7%, удовлетворительным его признали 73,3%, а плохим — 20%, причем все они оказались неприверженными к терапии. Наблюдались после выписки из стационара у врача-ревматолога и контролировали показатели крови 80% пациентов.

Выводы: Требуется обратить внимание на необходимость проведения образовательной работы с пациентами, внедрения в реальную практику специально разработанных рекомендаций для больных ревматоидным артритом и реализация концепции лечения до достижения цели "Treat to Target" (T2T).

## **ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ САХАРНОГО ДИАБЕТА У БОЛЬНЫХ С ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ** **Бахтеева Ф. Р., Сионская Д. М., Кокарева Е. А.**

**Саратовский государственный медицинский университет**  
**Научный руководитель — к.м.н., асс. Максимова О.В.**

Целью исследования явилось изучение особенностей течения сахарного диабета у больных с туберкулезом легких.

Материалы и методы. Обследовано 20 мужчин и 8 женщин с сахарным диабетом и туберкулезом легких в возрасте от 18 до 65 лет, средний возраст 48,1 лет [37,1;52,5], находившихся на лечении в областном противотуберкулезно диспансере г.Саратова. Сахарный диабет 1 типа диагностирован у 28% больных, 2 типа — у 58%, вторичный сахарный диабет (панкреатогенный) — у 14%. Кроме общепринятого во фтизиопульмонологии клинико-лабораторного обследования определялись показатели углеводного обмена.

Статистическую обработку осуществляли с помощью пакета прикладных программ Statistica 7.0 (StatSoft, USA) с использованием непараметрического статистического критерия Манна-Уитни.

Результаты. Среди обследованных лиц большинство составили мужчины (72%) преимущественно молодого возраста (71% в возрасте от 30 до 40 лет). Женщины, наблюдавшиеся по поводу сочетанной патологии (28%), относились к более старшей группе среднего и пожилого возраста (88% от 55 до 65 лет). У подавляющего большинства пациентов (75%) туберкулезный процесс в легких развивался на фоне предшествовавшего сахарного диабета, а у половины больных (53,5%) специфическое поражение легких диагностировано в течение 1 года заболевания диабетом. У большинства больных выявлены отягчающие факторы: злоупотребление алкоголем (57,1%), курение (71,2%). Все больные, находившиеся на лечении в диспансере, в качестве сахароснижающей терапии получали инсулин. Отмечено значительное увеличение суточной потребности в инсулине у 18 пациентов (64,3%), использовавших данный метод лечения до госпитализации: средняя суточная доза инсулина в этой группе больных возросла с 34 ед. [28; 46] до 54 ед. [48; 62],  $p<0,0001$ .

Выводы. 1.Наиболее часто сочетание сахарного диабета и туберкулеза легких диагностируется у мужчин молодого возраста. 2. В большинстве случаев сахарный диабет предшествует развитию туберкулеза легких. 3. Наличие вредных привычек является дополнительным фактором риска развития туберкулеза у больных сахарным диабетом. 4. У больных с сочетанной патологией для достижения компенсации углеводного обмена требуется увеличение суточной дозы инсулина.

## **КЛИНИКО – ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ХРОНИЧЕСКОГО ОПИСТОРХОЗА У ЖИТЕЛЕЙ КРАСНОЯРСКОГО КРАЯ**

**Кобылкова М.А., Дедина М.С., Талатанова О.Ю.**

**Красноярская государственная медицинская академия**

**Научный руководитель – к.м.н., асс. Вырва П.В., д.м.н., проф. Демко И.В.**

Цель исследования: изучить ситуацию заболеваемости хроническим описторхозом в Красноярском крае по данным гастроэнтерологического отделения ККБ №1.

Материалы и методы. . Проведен ретроспективный анализ 1000 историй болезней пациентов, находившихся в отделении гастроэнтерологии ККБ№1, из них 200 пациентов, средний возраст которых составил  $35,2 \pm 11,3$ , (123 мужчины среднего возраста  $35,7 \pm 12,1$  и 77 женщин, средний возраст которых  $42,5 \pm 13,4$ ) с диагнозом хронический описторхоз. Проведено проспективное наблюдение 42 пациентов, средний возраст составил  $38 \pm 14,1$  (из них 20 женщин среднего возраста  $42,8 \pm 15,6$  и 22 мужчины среднего возраста  $34 \pm 11,8$ ) с диагнозом хронический описторхоз, находившихся в отделении гастроэнтерологии ККБ№1.

Результаты. Полученные данные позволили констатировать актуальность данной темы - описторхоз распространен по всей территории Красноярского края. Для конкретизации результатов, районы края были поделены на 4 группы: северные, южные, западные, восточные и центральные. После суммиции всех результатов получилось следующее распределение случаев заражения описторхозом: несомненным «лидером» по факту заражения описторхозом является центральная группа районов Красноярского края (г. Красноярск, Березовский район, Большемуртинский район, г. Дивногорск, Манский район) - 45,5%. Основными водоемами в данной группе являются: р. Мана, Красноярское водохранилище. Значительную часть занимают случаи приобретения речной рыбы на рынках, базарах, ярмарках у местных жителей эндемичных районов. На долю западной группы районов (г. Назарово, г. Ачинск, Шарыповский район, Новосибирский район) приходится 21% от всех обследованных пациентов в стационаре и изученных по данным архива, наиболее часто в данных территориях упоминаются р. Чулым - до 50% случаев, р. Кемчуг. Большая часть случаев приобретения речной рыбы также связана с торговлей местных жителей данных районов. Северная группа территорий (г. Норильск, г. Игарка, Эвенкийский АО) представлена 12% в общем количестве случаев заражения. Наиболее часто упоминаются р. Вельма, р. Агана, р. Енисей (верховья). Отличительная особенность данных территорий – преимущественно, речная рыба попадает к пациентам путем самовылова.

## **ИЗУЧЕНИЕ ПРОБЛЕМЫ ОБОСНОВАННОСТИ ВЫЗОВОВ СКОРОЙ ПОМОЩИ С КАРДИОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ**

**Гизатуллин Р.Р., Карпова Л.**

**Казанский государственный медицинский университет**

**Научный руководитель – к.м.н., доц. Ишмурзин Г.П., к.м.н.**

Цель исследования заключается в изучении проблемы обоснованности вызовов с кардиологической патологией и создание комплексной системы оптимизации скорой медицинской помощи кардиологическим больным.

Материал и методы. Исследование проводилось методом изучения основных информационных источников СМП и анкетирования. В качестве инструментария для получения эмпирических данных использовались изучение «Карта вызовов», «Журнал регистрации вызовов СМП диспетчерами», социологический опрос.

Методологической основой исследования являются: карта вызовов, которая заполняется врачами и фельдшерами при всех выездах и журнал регистрации вызовов СМП диспетчерами.

Результаты. Частота вызовов неотложной помощи в различных возрастно-половых группах населения составила 355,9 на 1000 населения, среди мужчин –158,9%, среди женщин –197%. Данная закономерность отмечается во всех возрастных группах. Наибольшая (45,3%) доля вызовов приходится на вечерние часы (с 18:00 до 23:59). На втором месте 29,0% - вызовы, поступившие днем (с 12:00 до 18:00). В утренние часы - с 6:00 до 11:00 - 7,8% и ночные - с 00:00 до 05:59 - 17,9%.

Частота диагностирования кардиологической патологии бригадами СМП при первичной обращаемости: подозрение на острый инфаркт миокарда (ОИМ) составило 69%, на нестабильную стенокардию (НС) - 68%, на нарушения ритма - 82%; при первичной обращаемости населения на станцию СМП с поводом «высокое артериальное давление» - 38,9%, «низкое артериальное давление» - 24%, «задышались» - 37,3%, «плохо с сердцем» - 31,2%.

Основной причиной смерти в присутствии бригады СМП по-прежнему, является ОИМ, вследствие поздней обращаемости за медицинской помощью из-за недостаточного уровня медицинской грамотности населения и отсутствии профилактических мероприятий в поликлиниках и увеличения таких осложнений ИМ, как кардиогенный шок. Среди прочих причин смерти: нарушения сердечного ритма, отёк лёгких, алкогольная интоксикация, и, как следствие, панкреанекроз, комы различной этиологии.

## **ИЗУЧЕНИЕ НОЗОЛОГИЧЕСКИХ ФОРМ БОЛЬНЫХ ИНФЕКЦИОННОГО ПРОФИЛЯ С СОПУТСТВУЮЩЕЙ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ**

**Поликарпова Ю., Галиева З.**

**Казанский государственный медицинский университет**

**Научный руководитель – к.м.н., доц. Ишмурзин Г.П.**

Цель исследования. Изучить структуру и нозологические формы инфекционных заболеваний, сопутствующую терапевтическую патологию, исходы и летальность данной группы больных.

Материал и методы. Исследование проводилось на базе Государственного автономного учреждения здравоохранения «Республиканской клинической инфекционной больницы имени профессора А.Ф. Агафонова». Нами были изучены статистические данные и годовые отчеты.

В структуре инфекционных заболеваний количество заболевших гриппом и ОРВИ составили 85,4%, воздушно-капельными инфекциями – 4%, кишечными инфекциями – 2,3%, гепатиты и их носители – 2,1%, паразитарными заболеваниями – 1,5%, прочими инфекционными заболеваниями – 5,6%.

Структура госпитализированных нозологических форм заболеваний по гепатитному профилю: острый вирусный гепатит (ОВГ) А (6,1%), ОВГ В (3,3%), ОВГ С (2,5%), ОВГ Е (0,8%), ОВГ Д (0,1%), ХВГ В (24,2%), и самое большое количество пациентов с ХВГ С (63%). Среди госпитализированных в наблюдательное отделение встречались ОРВИ, пневмонии, ГЛПС, грипп, бруцеллез, клещевой боррелиоз, энцефалит.

Сопутствующая терапевтическая патология встречалась пациентами с гипертонической болезнью (13,1%), ИБС (7,1%), инфекцией мочевых путей (2,7%), пиелонефритом (6,5%), острым бронхитом (12,1%), сахарным диабетом (7,1%), системным васкулитом (2%), циррозом печени (2,6%), хроническим колитом (2%), хроническим гастритом (2,4%), гломерулонефритом (1,8%), анемией (6,4%), абсцессом легкого (0,2%), бронхиальной астмой (1,5%), ревматической болезнью (2,3%), кардиомиопатией (1,2%). В большинстве случаев инфекционные заболевания с сопутствующей терапевтической патологией после лечения переведены в другой стационар – 69%.

В структуре летальности инфекционных болезней преобладают менингококковые инфекции – 27%, затем ОРВИ – 20%, 10% составляют ГЛПС, 7% - ХВГ «С», и по 3% острые кишечные инфекции.

В большинстве случаев исходы инфекционных заболеваний это выздоровление – 59%, перевод в другую больницу – 19%, 12% - отказ от лечения, 9% - улучшение в ряде случаев ВИЧ-инфекции. Летальный исход составил 1%.

## **ШКОЛЫ ЗДОРОВЬЯ ПО ИБС: ВОЗМОЖНОСТЬ ВТОРИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ**

**Афандиева Г.З.**

**Казанский государственный медицинский университет**

**Научный руководитель – к.м.н., доц. Подольская А.А., к.м.н., доц. Ким З.Ф.**

Цель исследования: оценка информированности больных ишемической болезнью сердца (ИБС) о характере течения заболевания и мерах первичной и вторичной профилактики.

Материалы и методы: проведено анкетирование 100 больных ИБС, госпитализированных в отделение неотложной кардиологии ГАУЗ «Клиническая городская больница №97 г. Казани.

Результаты: из общего числа анкетированных больных мужчины составили 46%, женщины 54%.: 40-49 лет - 8%, 50-69 лет - 50%, 70-79 лет - 29%, 80-89 лет - 14%.

Из числа опрошенных сразу после ангинозного приступа за медицинской помощью обратился 41 человек, в течение дня – 21 человек, позже суток – 10, в течение недели – 6, более одной недели – 22 пациента. Среди причин позднего обращения 7% указали на семейные обстоятельства, 4% – на отсутствие свободного времени, 6% – некоторое облегчение болей, 2% приступу не придали значения, 23% пациента надеялись, «что пройдет». Таким образом, треть пациентов (31%) не придали должного значения приступу стенокардии.

24% пациентов ничего не знали о признаках дестабилизации ИБС и принципах оказания первой доврачебной помощи, 21% пациентов лишь частично владели какой-либо информацией. О необходимости соблюдения диеты и модификации образа жизни как методе вторичной профилактики вообще не знали 20%, а 17% пациентов были частично информированы.

Рекомендованные участковым терапевтом препараты не принимает 15% пациентов. Применение предписанных врачом лекарственных средств ограничивает дороговизна препарата (37%), сомнения в компетентности участкового терапевта (5%), опасения развития побочных эффектов (9%), отсутствие препарата в списке льготного обеспечения (4%).

Выводы: необходимо проведение санитарно-просветительной работы среди населения с созданием школ здоровья по ИБС, повышение грамотности и настороженности пациентов относительно боли в груди, возможно – обучение навыкам сердечно-легочной реанимации. Полагаем, это будет способствовать оптимизации взаимодействия пациента с врачом, возможному снижению распространенности ИБС, а также предотвращению развития фатальных инфарктов миокарда и снижению летальности.

## **МОНОЦИТАРНЫЙ ХЕМОТАКСИЧЕСКИЙ ПРОТЕИН-1 У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ РАЗНОГО ФУНКЦИОНАЛЬНОГО КЛАССА С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА**

**Нарижная А.В., Рындина Н.Г.**

**Харьковский национальный медицинский университет**

**Научный руководитель – д.м.н., проф. Кравчун П.Г.**

Моноцитарный хемотаксический протеин-1 у больных хронической сердечной недостаточностью разного функционального класса с сахарным диабетом 2 типа.

Невзирая на успехи лечения распространенность хронической сердечной недостаточности составляет 1,5–2% населения, смертность достигает 20% среди пациентов с хронической сердечной недостаточностью в течение года. Согласно результатов исследований неблагоприятный прогноз у больных на хроническую сердечную недостаточность обуславливается наличием коморбидности.

Цель. Оценить динамику моноцитарного хемотаксического протеина-1 у больных на хроническую сердечную недостаточность разного функционального класса в зависимости от наличия или отсутствия сопутствующего сахарного диабета 2 типа.

Материалы. Обследовано 105 больных на хроническую сердечную недостаточность II - III функциональных классов в результате ишемической болезни сердца, средний возраст 65,13±8,66 лет). К первой группе отнесли 52 больных на хроническую сердечную недостаточность и сахарный диабет 2 типа, ко второй – 43 больных на хроническую сердечную недостаточность без сахарного диабета 2 типа. Из исследования были исключены больные острым коронарным синдромом, острым инфарктом миокарда.

Выводы. У больных на хроническую сердечную недостаточность с сопутствующим сахарным диабетом 2 типа оказывается высокая активность интерлейкина-1β и моноцитарного хемотаксического протеина-1 сравнимо с больными без сахарного диабета 2 типа. У больных на хроническую сердечную недостаточность и сахарный диабет 2 типа и без него наблюдается рост профибротического параметра моноцитарного хемотаксического протеина-1 и провоспалительного цитокина ИЛ-1β параллельно к росту функционального класса хронической сердечной недостаточности.

Наличие сахарного диабета негативно отражается на работе цитокинов и маркеров фиброза, который подтверждается высоким уровнем интерлейкина-1β и моноцитарного хемотаксического протеина-1 сравнимо с пациентами без сахарного диабета при наличии одинакового функционального класса хронической сердечной недостаточности. Перспективами исследования является определение наличия и характера связей между параметрами фиброза и типами ремоделирования левого желудочка при хронической сердечной недостаточности и сахарного диабета 2 типа.



## **ОСОБЕННОСТИ КАРДИОГЕМОДИНАМИКИ ПРИ КОМОРБИДНОЙ ПАТОЛОГИИ – ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ И САХАРНОМ ДИАБЕТЕ 2 ТИПА**

**Шалимова А.С.**

**Харьковская медицинская академия последипломного образования  
Научный руководитель – д.м.н., проф. Беловол А.Н.**

Коморбидность гипертонической болезни (ГБ) и сахарного диабета 2 типа (СД 2т) представляет собой серьезную проблему, ассоциированную с более ранним развитием поражения органов-мишеней и последующими сердечно-сосудистыми катастрофами. СД 2т является одним из главных независимых факторов риска сердечно-сосудистой патологии, а наличие артериальной гипертензии при СД 2т повышает риск макро- и микрососудистых осложнений.

Цель исследования: изучение состояния кардиогемодинамики при коморбидной патологии – ГБ и СД 2т. Обследовано 143 пациента с сочетанной патологией: ГБ II стадии, 2 степени и СД 2т, средней степени тяжести в состоянии субкомпенсации. Контрольную группу составили 20 практически здоровых лиц.

Всем включенным в исследование пациентам проводились одно- и двумерная эхокардиография, спектральная и тканевая доплер-эхокардиография. Для изучения функционального состояния эндотелия проводилось определение степени эндотелий-зависимой вазодилатации (ЭЗВД) в пробе с реактивной гиперемией с одновременным измерением толщины комплекса интима-медиа (ТИМ) сонных артерий (СА) на 2 см проксимальнее бифуркации общей сонной артерии. СПВ в брюшной аорте (БА) определялась от устья левой подпочечной артерии к бедренной артерии.

Было установлено, что у подавляющего большинства больных (88,8%) отмечалась концентрическая гипертрофия левого желудочка (ЛЖ), о чем свидетельствовали достоверно большие величины индекса относительной толщины стенки и индекса массы миокарда ЛЖ ( $p < 0,001$ ) по сравнению с контрольной группой. Оценка состояния магистральных сосудов у пациентов с ГБ и СД 2т показала изменения в стенке сосудов, проявлявшиеся увеличением ТИМ, СПВ в СА и БА, снижением степени ЭЗВД, что достоверно ( $p < 0,01$ ) отличало основную группу от контрольной. Установленные изменения можно объяснить активацией медиаторов симпатoadреналовой и ренин-ангиотензин-альдостероновой систем, что приводит к повреждению эндотелия, утолщению комплекса интима-медиа, перестройке архитектоники медиа и адвентиция, увеличению ригидности сосудистой стенки, и в итоге – к ускорению пульсовой волны.

Выводы: общность патогенетических механизмов ГБ и СД 2т приводит к раннему развитию ремоделирования сердца и сосудов и требует дальнейшего изучения.

## **ВЗАИМОПОНИМАНИЕ ВРАЧА И ПАЦИЕНТА ПО ОТНОШЕНИЮ К ХРОНИЧЕСКОМУ ЗАБОЛЕВАНИЮ - АНКИЛОЗИРУЮЩИЙ СПОНДИЛИТ**

**Мясоутова Э.Р.**

**Казанский государственный медицинский университет  
Научный руководитель – к.м.н., асс. Лапшина С.А.**

Актуальность. Эффективный контроль активности анкилозирующего спондилита (АС) предполагает длительную медикаментозную терапию, прежде всего НПВП, и активное участие пациента в лечении, выполнение им рекомендаций по немедикаментозной терапии. Всегда ли эффективно взаимодействие врача и пациента в отношении понимания заболевания?

Цель работы - выявить наиболее значимые вопросы для пациента в отношении заболевания для создания в дальнейшем системы эффективного взаимодействия врача и пациента с АС.

Материалы и методы. 30 пациентов с верифицированным диагнозом АС, средняя длительность заболевания  $5,7 \pm 3,2$  лет, средний возраст пациентов  $34,4 \pm 2,8$  лет ответили на 10 вопросов анкеты, касающихся их понимания заболевания, влияния на повседневную жизнь, вопросов терапии с необходимостью оценить важность каждого вопроса в баллах от 1 до 10. Врачи ревматологи ( $n=10$ ) и терапевты ( $n=20$ ) отвечали на те же вопросы с позиции, что на их взгляд является важным для пациентов. Ответы были ранжированы и сопоставлены.

Результаты. Учитывая молодой возраст пациентов, приоритетным и пациенты и врачи посчитали прогноз в отношении будущего (1). Важным врачи и пациенты отметили вопросы влияния заболевания на повседневную жизнь (пациент – 4 место, врач – 2 место) и связанные с этим ограничения трудоспособности (пациент – 3 место, врач – 5 место). В то же время врачи недооценивают (10 место) сложности пациента (2 место), связанные с необходимостью постоянно выполнять физические упражнения. Врачи переоценили важность для пациентов таких вопросов как постоянная боль (4 место) и побочные эффекты препаратов (2 место), пациенты поставили по важности эти вопросы на 7 и 5 место соответственно.

Закключение. В общении с пациентом врачу необходимо больше внимания уделять важности немедикаментозной терапии, в частности правильной физической нагрузке. Понимание взгляда пациента на свое заболевание позволит повысить эффективность контроля АС.

## **ЧТО ДУМАЕТ О СВОЕМ ЗАБОЛЕВАНИИ ПАЦИЕНТ С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ? ПОНИМАЕТ ЛИ ЕГО ВРАЧ?**

**Гусманова Л.Р.**

**Казанский государственный медицинский университет  
Научный руководитель – к.м.н., асс. Мясоутова Л.И.**

Актуальность. Эффективная длительная терапия ревматоидного артрита (РА) реализуется при активном участии пациента в этом процессе. В то же время, взгляды пациента и врача на данную проблему различны, что определяет трудности эффективного общения и совместной работы в отношении терапии.

Цель работы - выявить наиболее значимые проблемы для пациента в отношении заболевания для создания в дальнейшем системы эффективного взаимодействия врача и пациента с РА.

Материалы и методы. 40 пациентов с верифицированным диагнозом РА, средняя длительность заболевания  $12,5 \pm 5,5$  лет, средний возраст пациентов  $49,5 \pm 15,8$  лет

ответили на 10 вопросов анкеты, касающихся их отношения к заболеванию и влиянию на повседневную жизнь с необходимостью оценить важность каждого вопроса в баллах от 1 до 10. Врачи ревматологи ( $n=10$ ) и терапевты ( $n=20$ ) отвечали на те же вопросы с позиции, что на их взгляд является важным для пациентов. Ответы были ранжированы и сопоставлены.

Результаты. Самыми важными для пациентов явились вопросы необходимости длительной постоянной терапии и побочные эффекты терапии, третье и четвертое место разделили вопросы прогноза на будущее и понимание причин заболевания. Далее по важности пациенты определили страх постоянной боли. Врачи же посчитали, что пациентов больше беспокоит ограничение в повседневной жизни вследствие заболевания (пациенты поставили этот вопрос только на 6 место из

10). Далее по мнению врача для пациентов является важным понимание причин заболевания (2) и прогноз на будущее (3), где их мнение совпало с мнением пациента. Далее по важности для пациентов врачи поставили вопросы длительного приема препаратов (4) и безопасность терапии (5), проблемы в личной и семейной жизни (6) и только потом боль (7).

Закключение. Понимание взгляда пациента на свое заболевание позволит перестроить структуру общения с пациентом, структурировать образовательные программы для них. Для повышения приверженности к лечению врачам большее внимание в беседе с пациентом необходимо уделять объяснению необходимости длительной терапии и ее безопасности.

#### **DISTRIBUTION OF TARGET ORGANS DAMAGE AMONG MENOPAUSAL WOMEN WITH AND WITHOUT INAPPROPRIATELY HIGH LEFT VENTRICULAR MASS**

**Salvi D. R.**

**Казанский государственный медицинский университет  
Научный руководитель – д.м.н., проф. Sadykova A.R.**

Objective: to study distribution of target organs damage (TOD) among menopausal women with and without inappropriately high left ventricular mass (IH LVM).

Methods. 107 women – citizens of Kazan-city aged 42-59 лет: 11 women with normal blood pressure (NBP), 16 patients with high NBP (HNBP) and 80 hypertensive patients according to ESC/ESH classification (2010) with duration of arterial hypertension (AH) 0-34 years were examined. Average age of hypertensive patients was 51,4±4,0 years old. Patients with secondary hypertension were excluded. Survey, physical examination, biochemical blood test (serum creatine), echocardiography, extracranial arteries ultrasound examination was performed. Creatine clearance was calculated by Cockcroft-Gault formula. Actual LVM was calculated by R.B. Devereux et al. (1977) formula and was indexed to body surface (ILVM). Predicted LVM was determined by G. Simone et al. (1998) formula. Disproportion index (DI) was determined by the actual LVM/predicted LVM ratio. Proportional LVM was stated in DI range 72,1-127,9% (20 patients), IH LVM – in DI >128% (87 patients), inappropriately low LVM – in DI <72% (0 patients) [G. Simone et al., 1998]. Left ventricular hypertrophy (LVH) was determined by Sokolow-Lyon index and ILVM > 110 g/m<sup>2</sup> (EchoCG-LVH). Assessment of significance of distribution differences between groups was performed by x<sup>2</sup> criterion and Fisher exact method (FEM), mean values – by Mann-Whitney-Wilcoxon test (U criterion).

Results. Hypertensive patients with IH LVM comparing with patients with HNBP with proportional LVM have had significantly (according to FEM) higher frequency of TOD (73,8% versus 0%, p<0,01), including EchoCG-LVH (67,7% versus 0%, p<0,02), and significantly (p<0,01 according to U criterion) more high average values of TOD total quantity (0,80±0,54 versus 0,0±0,0).

Conclusion. Among hypertensive menopausal women inappropriately high left ventricular mass is associated with significantly (p<0,01 according to FEM) higher frequency of target organs damage, including echocardiographic signs of left ventricular hypertrophy, and with significantly (p<0,01 according to U criterion) more high average values of their total quantity.

#### **ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ПОЧЕК У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК 3-5 СТАДИИ В ПРОСПЕКТИВНОМ МНОГОЛЕТНЕМ НАБЛЮДЕНИИ**

**Архипов Е.В.**

**Казанский государственный медицинский университет  
Научный руководитель – д.м.н., проф. Сигитова О.Н.**

Распространенность хронической болезни почек (ХБП) сопоставима с такими заболеваниями, как гипертоническая болезнь и сахарный диабет. Практически у каждого 10 человека в популяции отмечается снижение скорости клубочковой фильтрации (СКФ). Решающее значение в плане отдаления терминальной почечной недостаточности имеет торможение прогрессирования ХБП.

Цель: изучить темпы снижения функции почек и эффективность антигипертензивной терапии при ХБП.

Материалы и методы. Группа наблюдения – 30 больных с ХБП 3-5 стадий (возраст – 49,3±3,1 лет, М/Ж=18/12, длительность ХБП – 14,8±1,8 лет). Контрольная группа – 30 здоровых (52,3±2,2 года; М/Ж=16/14), сопоставимых по возрасту и полу с группой наблюдения (p>0,05). Гипотензивная терапия при ХБП: ингибиторы АПФ (монотерапия/комбинация) – 24 пациента (80%), блокаторы рецепторов к ангиотензину – 6 (20%). Изучены анамнез, клинико-лабораторные данные (систолическое (САД) и диастолическое (ДАД) АД, креатинин), скорость клубочковой фильтрации (СКФ) по формуле Кокрофта-Голта. Период наблюдения – 48 мес.

Результаты. У больных ХБП выявлены высокие исходные уровни САД (140,6±1,6) и ДАД (87,9±1,7 мм рт.ст.), креатинина (258,9±16,2 мкмоль/л) по сравнению с контролем (соответственно, 122,6±1,5, p<0,000; 82,5±1,2, p=0,012; 88,9±2,5, p<0,000). Исходная СКФ – 30,5±1,9 мл/мин/1,73м<sup>2</sup> (контроль – 97,3±3,5, p<0,000). Структура ХБП: 76,7% – гломерулонефрит, 13,3% – тубулоинтерстициальный нефрит и 10% – диабетическая нефропатия.

Конечные уровни САД и ДАД оказались ниже исходных – 133,7±4,2 и 86,6±2,1 мм рт.ст. соответственно, при этом выявлен прирост САД (V) на 1,7 мм рт.ст. в год (p=0,044) и минимальное снижение ДАД (VДАД=-0,2 мм рт.ст. в год, p=0,762) по отношению к исходному. Уровень креатинина крови – 360,7±22,8 мкмоль/л (p<0,000 к исходному), т.е. выявлен прирост на 25,5 мкмоль/л/г.

Темпы снижения функции почек – VСКФ=(-1,6) мл/мин/1,73м<sup>2</sup>/год, p=0,045 (СКФ конечная – 24,4±2,1 мл/мин/1,73м<sup>2</sup>). В 13,4% случаев начата заместительная почечная терапия.

Выводы. При 100% охвате нефропротекцией пациентов с ХБП 3-5 стадий темпы снижения СКФ составили 1,6 мл/мин/год. Стабильная гипотензивная терапия в 87% позволила отдалить период начала заместительной почечной терапии в среднем на 4 года.

#### **АПОПТОЗ ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ**

**Цуров Х.М.**

**Казанский государственный медицинский университет  
Научный руководитель – к.м.н., асс. Чугунова Д.Н.**

Цель: Провести анализ литературных источников для изучения роли апоптоза в патогенезе артериальной гипертензии.

Результаты: Согласно данным литературных источников активизация процессов апоптоза играет важную роль при артериальной гипертензии. В работах Hamet P. с использованием породы спонтанно гипертензивных крыс SHR было показано, что клеточная пролиферация в сосудистой стенке может быть одним из первичных механизмов, вовлеченных в возникновение

и становление артериальной гипертензии. Однако, стоит отметить, что наряду с повышением пролиферации гладкомышечных клеток в стенке сосудов у больных АГ было отмечено и повышение апоптоза, что на первый взгляд кажется несколько противоречивым, поскольку апоптоз, по сложившимся в настоящее время, представлениям, это запрограммированная гибель клеток, направленная на уменьшение их численности.

Вместе с тем, обнаружен ряд данных, которые опровергают представление об апоптозе, как о "безобидном" механизме уменьшения численности клеток. Выяснилось, что апоптотизирующие ГМК могут высвобождать как митогены (основной фактор роста фибробластов), так и провоспалительные цитокины (моноцитарный хемотаксический белок MCP-1), которые препятствуют обратному развитию гиперплазии интимы сосудов. Воспалительные цитокины также привлекают моноциты и макрофаги в область сосудистой стенки. Однако фагоцитоз апоптотических клеток в некоторых случаях является не законченным. В частности, ему препятствует присутствие в циркуляции модифицированных липопротеидов низкой плотности. В процессе выполнения фагоцитарной функции с поверхности макрофагов высвобождаются солюбилизованные лиганды "смерти", такие как Fas-лиганды, которые в свою очередь запускают апоптоз соседних с ними и моноцитов, макрофагов и нейтрофилов, что уменьшает число "профессиональных" фагоцитов и еще больше снижает эффективность фагоцитоза апоптотических клеток. Описанный процесс в конечном итоге способствует прогрессии апоптоза в стенке ГМК. Однако не смотря на активное изучение вопрос о том лежит ли активация апоптоза в основе возникновения артериальной гипертензии или скорее способствует ее прогрессированию и поражению органов мишеней в настоящее время так и остается, окончательно не разрешенным.

## **СКРИНИНГОВОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ НАРУШЕНИЙ СНА У БОЛЬНЫХ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА**

**Рябкова А.С., Зыкина М.Н.**

**Воронежская государственная медицинская академия им. Н.Н. Бурденко**

**Научный руководитель – д.м.н., проф. Лышова О.В.**

Цель исследования. Сравнить частоту, причины нарушений сна, выраженность дневной сонливости у больных, госпитализированных в терапевтическое отделение в связи с ухудшением течения соматических заболеваний.

Материал. 102 пациента (мужчины) в возрасте от 23 до 82 лет. Причины госпитализации: заболевания сердечно-сосудистой системы (94%) и/или органов желудочно-кишечного тракта (22%). Нозологические формы: гипертоническая болезнь (87%), ишемическая болезнь сердца (49%), хроническая сердечная недостаточность (25%), хронический хеликобактерный гастрит (13%), сахарный диабет 2 типа (10%), язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки (4%), хронический панкреатит (3%), хронический некалькулезный холецистит (2%), манифестный тиреотоксикоз (1%).

Методы. Тестирование по протоколу обследования больных с нарушениями сна, включающему анкету балльной оценки субъективных характеристик сна, Эпвортскую шкалу дневной сонливости, анкету скрининга синдрома апноэ сна, госпитальную шкалу тревоги и депрессии.

Результаты. Нарушения сна отметили 68 (67%) пациентов: нарушение засыпания у 31%, трудности поддержания сна у 24%, общая слабость и головные боли при пробуждении у 7%, полное отсутствие ночного сна у 7%. Суммарный балл, рассчитанный по анкету субъективных характеристик сна, соответствовал нарушенным значениям у 22%, пограничным у 49%. Синдром апноэ сна можно предполагать у 50 (49%) пациентов. Наличие храпа выявлено у 74% больных, жалобы на остановки дыхания во сне у 28%. Суммарный балл, рассчитанный по Эпвортской шкале дневной сонливости колебался от 0 до 15 баллов. От 11 до 15 баллов набрали 6 (6%) пациентов, что свидетельствует о наличии у них избыточной дневной сонливости. С помощью госпитальной шкалы тревоги и депрессии субклинические их проявления выявлены у 26% и 7%, клинические проявления – у 7% и 13% соответственно.

Выводы. В обследованной выборке больных (n = 102) с терапевтической патологией нарушения сна диагностированы у 67%. Синдром апноэ сна можно предполагать у 49% больных, из них избыточную дневную сонливость испытывали 6%. Клинически выраженные проявления тревоги и депрессии диагностированы у 7% и 13% соответственно.

## **СИМПТОМАТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА В УСЛОВИЯХ ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКИ В РТ**

**Древина Ю.Э., Древин Д.М.**

**Казанский государственный медицинский университет**

**Научный руководитель – к.м.н., доц. Якупова С.П.**

В основе симптоматической терапии ревматоидного артрита (РА) лежит прием нестероидных противовоспалительных средств (НПВС) с целью адекватного обезболивания и повышения качества жизни пациентов. Известно, что НПВС обладают рядом побочных эффектов.

Цель работы: оценить осведомленность пациентов с РА, принимающих НПВС, с целями лечения и возможными побочными эффектами, выяснить структуру принимаемых НПВС.

Материалы и методы исследования: В ходе исследования была разработана анкета, состоящая из 51 вопроса. Было проинтервьюировано 45 пациентов с установленным диагнозом РА, посетивших ревматолога в поликлинике РКБ МЗ РТ.

Результаты: Опрошено 89 % женщин, 11 % мужчин. Средний возраст составил 48,2± 2,9 лет. НПВС принимали 100% пациентов: 66,7 % (30 чел.) - принимают диклофенак, 11,1 % (5 чел.) – мелоксикам, 8,9 % (4 чел.)- ибупрофен, 6,7% (3 чел.)- нимесулид, 4,4% (2 чел.) - индометацин, 2,2% (1 чел.) - парацетамол. 84,4% пациентов (38 чел.) ждут от приема НПВС

обезболивания, 6,3% (14 чел.) ожидают выздоровления, 1,8% (2 чел.) хотят облегчения движений при ходьбе, 0,9% (2 чел.) затруднились ответить. Из всех пациентов о возможных побочных эффектах не знают 51,1% (23 чел.), 13,3% (6 чел.) затруднились ответить, 31,1% (14 чел.) знают о возможных побочных эффектах, связанных с желудочно-кишечным трактом, 4,4% (2 чел.) знают о побочных эффектах, связанных с сердечно-сосудистой системой.

Выводы: Можно отметить низкую осведомленность пациентов о целях лечения НПВС, не все пациенты знают о том, что НПВС являются симптоматическим средством. Также пациенты не в полной мере осведомлены о возможных побочных эффектах. Таким образом, можно сделать вывод, что одной из задач при проведении школ с пациентами является информирование о целях приема НПВС и о возможности возникновения побочных эффектов.

## **СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ И ПСИХИЧЕСКОГО СТАТУСА ПАЦИЕНТОВ С ЯЗВЕННЫМ КОЛИТОМ И БОЛЕЗНЬЮ КРОНА**

**Бодрягина Е.С.**

**Казанский государственный медицинский университет**

**Научный руководитель – д.м.н., доц. Абдулганиева Д.И., д.м.н., проф. Яхин К.К.**

Цель исследования. Оценить в сравнительном аспекте качество жизни и психоэмоциональные особенности пациентов с язвенным колитом и болезнью Крона.

Материалы и методы. Нами было обследовано 180 пациентов с воспалительными заболеваниями кишечника (ВЗК), из них диагноз язвенного колита (ЯК) был у 107 (59,4%) человек, болезни Крона (БК) – у 73 (40,6%) человек. Средний возраст пациентов ЯК составил  $39,2 \pm 1,3$  лет, БК –  $35,1 \pm 1,5$  лет. С целью оценки качества жизни (КЖ) пациентов применялись специфический опросник по определению КЖ пациентов ВЗК – IBDQ (Inflammatory Bowel Disease Questionnaire) и неспецифический опросник КЖ – SF-36 (Shot Form-36). Для выявления психоэмоциональных нарушений использовалась шкала тревоги и депрессии HAD (Hospital anxiety and depression scale).

Результаты. Пациенты с ЯК имели более низкий уровень КЖ по IBDQ по сравнению с БК ( $122,5$  vs  $138,9$  баллов;  $p < 0,01$ ), при этом у больных ЯК был значимо снижен кишечный фактор ( $32,3$  vs  $51,1$ ;  $p < 0,001$ ), а у пациентов БК страдала в первую очередь эмоциональная составляющая ( $39,4$  vs  $56,8$ ;  $p < 0,05$ ). Сравнительный анализ данных опросника SF-36 показал разнонаправленное снижение КЖ в зависимости от нозологии: физическая составляющая КЖ была снижена больше у пациентов с ЯК, чем у больных БК ( $41,0$  vs  $44,7$ ;  $p < 0,05$ ), тогда как ухудшение психического здоровья, напротив, было более выражено у пациентов с БК по сравнению с ЯК ( $40,7$  vs  $47,3$ ;  $p < 0,05$ ). Также у пациентов БК наблюдался более высокий уровень тревоги ( $9,2$  vs  $7,3$ ;  $p < 0,05$ ) и депрессии ( $7,8$  vs  $6,5$ ;  $p < 0,05$ ) по сравнению с ЯК по шкале HAD.

Выводы. У пациентов ВЗК обнаружено значимое снижение КЖ и различные нарушения настроения. При сравнительном анализе были выявлены разнонаправленные изменения в составляющих КЖ между ЯК и БК – у пациентов ЯК наблюдалось преобладающее снижение физического здоровья, тогда как больные БК показали снижение КЖ в первую очередь за счет психического компонента. Также у пациентов с БК наблюдалась бо́льшая выраженность психических расстройств – тревоги и депрессии, что позволяет предположить более выраженную эмоционально-личностную нестабильность этих больных.

## **СТРАТЕГИИ ПРЕОДОЛЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛИ У ПАЦИЕНТОВ С РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ ПРИ НАЛИЧИИ ИЛИ ОТСУТСТВИИ НЕЙРОПАТИЧЕСКОЙ БОЛИ**

**Муслимова Е.В.**

**Казанский государственный медицинский университет**

**Научный руководитель – к.м.н., доц. Якупова С.П., д.м.н., проф. Якупов Э.З.**

Введение. Хронический болевой синдром (ХБС) при ревматоидном артрите (РА) – многокомпонентный феномен. Выяснение видов используемых стратегий преодоления хронической боли (СПХБ) позволяет найти индивидуальный путь совладания с болью у каждого конкретного пациента.

Цель: Изучить влияние наличия нейропатической боли (НБ) при РА на выбор пациентами СПХБ.

Материал и методы: В исследование включено 82 человека с РА (82% женщин; средний возраст  $49,1 \pm 11,3$  лет, средняя длительность заболевания РА от 4 мес до 41 года (Me 8 (4;13)). Диагноз РА выставлялся на основании критериев ACR 1987 г. Пациентами заполнен «Опросник стратегий преодоления хронической боли». НБ выявлена при помощи анкеты DN4 (0-3 балла – нет НБ,  $\geq 4$  – есть НБ). В исследование не включались пациенты, страдающие ХБС другой этиологии. Достоверность различий независимых переменных определялась по критерию Колмогорова-Смирнова, различия считались достоверными при  $p < 0,05$ .

Результаты: 33 пациента (40%) вошли в группу с НБ, 49 пациентов (60%) – в группу без НБ. Приверженность пациентов к использованию СПХБ выявила (с НБ/без НБ): адаптивные стратегии (AC)  $1,42(1,0;1,82)$  /  $1,33(0,92;1,67)^*$ ; неадаптивные стратегии (HC)  $1,6(1,0;2,0)$  /  $1,4(1,0;1,8)^*$ ; нейтральные стратегии (HeC)  $1,45(1,1;1,78)$  /  $1,33(0,89;1,67)^*$ ;  $*p < 0,05$ . Выбор подвидов СПХБ: «защита»  $1,8(1,6;2,3)$  /  $1,7(1,5;2,0)^*$ ; «отдых»  $1,6(1,4;2,0)$  /  $1,6(1,2;2,0)$ , «обращение за помощью»  $1,75(1,5;2,25)$  /  $1,25(0,75;1,5)^*$ , «релаксация»  $1,0(0,83;1,33)$  /  $1,0(0,67;1,17)$ , «сохранение активности»  $1,33(1,0;1,5)$  /  $1,33(1,0;1,5)$ , «выполнение упражнений»  $1,17(1,0;1,58)$  /  $1,08(0,83;1,5)^*$ , «самоубеждение»  $1,73(1,18;2,0)$  /  $1,45(1,0;1,9)^*$ , «обращение за поддержкой»  $1,45(1,1;1,78)$  /  $1,33(0,89;1,67)^*$ ;  $*p < 0,05$ .

Выводы: Пациенты обеих групп предпочитали HC. Пациенты с НБ во вторую очередь обращались к HeC, больные без НБ использовали AC и HeC одинаково часто. В обеих группах на первом и третьем месте по частоте использования оказались стратегии «защита»\* и «самоубеждение»\*; в группе с НБ на втором месте – «обращение за помощью»\*, в группе без НБ – «отдых»,  $*p < 0,05$ .

## **КЛУБОЧКОВАЯ И КАНАЛЬЦЕВАЯ ДИСФУНКЦИЯ У БОЛЬНЫХ С ПОДАГРОЙ БЕЗ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК**

**Уразаева Л.И., Халфина Т.Н.**

**Казанский государственный медицинский университет**

**Научный руководитель – д.м.н., доц. Максудова А.Н.**

Состояние стойкой гиперурикемии и отложение кристаллов уратов в тканях и органах пациентов с подагрой, приводит к уратной нефропатии. Повреждающее действие уратов на почки может приводить как к тубулоинтерстициальным, так и клубочковым поражениям с последующим развитием хронической болезни почек. Но до сих пор остается не ясным что является основным механизмом поражения почек при подагре. В связи с этим важное значение приобретает исследование как функции клубочка, так и состояния тубулоинтерстиция.

Цель исследования: оценить функциональный почечный резерв, канальцевые функции почек у пациентов с подагрой без признаков хронической болезни почек.

Материалы и методы. Обследовано 42 пациента с подагрой. Группу контроля составили 33 здоровых добровольца сопоставимые по полу и возрасту. Обследование включало определение скорости клубочковой фильтрации, функционального почечного резерва, мочевой кислоты в крови и суточной моче, подсчет ее клиренса, исследование маркеров раннего повреждения канальцевого аппарата почек: VEGF-A, как маркера эндотелиального повреждения и TGF- $\beta$ 1- маркера тубулоинтерстициального фиброза.

Результаты. Скорость клубочковой фильтрации у пациентов с подагрой составил 97,9 [87,1; 113,8] мл/мин/1,73 м<sup>2</sup>, в группе контроля – 99,7 [89; 110,6] мл/мин/1,73 м<sup>2</sup>. У пациентов с подагрой отсутствовали достоверные изменения функционального почечного резерва по сравнению с группой контроля 29,4 [-22,8; 93,6] % vs 30,9 [15,9; 47,6] %,  $p > 0,05$ . Выявлено выраженное снижение клиренса мочевой кислоты 5,2 [3,8; 6] мл/мин/1,73 м<sup>2</sup> (в контрольной группе 9,4 [6,2; 11,4] мл/мин/1,73 м<sup>2</sup>). В группе пациентов с подагрой отмечался достоверно более низкий уровень маркера VEGF-A по сравнению с группой здоровых: 97 [64,6; 262,8] пг/мл vs 193,3 [113,8; 275,6] пг/мл,  $p < 0,05$ , и маркера TGF- $\beta$ 1 529,5 [478,6; 546,5] пг/мл vs 549,8 [526; 621,5] пг/мл,  $p < 0,05$ .

Закключение. У пациентов с подагрой без признаков хронической болезни почек не было выявлено гиперфильтрации, в то же время обнаружено снижение уровня VEGF-A, TGF- $\beta$ 1, что может свидетельствовать о наличии начальных признаков эндотелиальной дисфункции и фиброза канальцевого аппарата почек.

## **НАРУШЕНИЕ ВНЕШЕСЕКРЕТОРНОЙ ФУНКЦИИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ**

**Митушева Э.И.**

**Казанская государственная медицинская академия  
Научный руководитель – д.м.н., проф. Сайфутдинов Р.Г.**

Цель: исследовать состояние внешнесекреторной функции поджелудочной железы после холецистэктомии.

Материал и методы: Обследовано 95 человек (основная группа) – больные, перенесшие холецистэктомию (ХЭ) давностью 0-10 лет и более, и 45 человек (контрольная группа) – больные с желчнокаменной болезнью (ЖКБ). Средний возраст – 58,04±7,81.

Всем больным проведено определение панкреатической эластазы-1 в кале (ПЭ), в случае выявления значений в кале менее 200 мкг/г – определялась сывороточная ПЭ для выявления «уклонения» ферментов в кровь при остром панкреатите и обострении хронического панкреатита. Определение ПЭ проводилось методом ИФА (ELISA) с помощью наборов фирмы BioServ Diagnostics (Германия). Кроме того, всем больным было проведено УЗИ поджелудочной железы и печени, фракционное дуоденальное зондирование.

Результаты: По данным фракционного дуоденального зондирования преобладает гиперсекреторный тип желчеотделения. На 1 году после операции больных с гипертонусом сфинктера Одди достоверно больше, чем после 10 лет после ХЭ (18% и 2,6%,  $p < 0,01$ ). Но у большинства больных независимо от срока холецистэктомии преобладает гипотонус сфинктера Одди.

У 47,3% больных после холецистэктомии снижена ПЭ в кале – менее 200 мкг/г, что достоверно выше, чем у больных ЖКБ – у 31,1% ( $p < 0,01$ ). Сывороточная ПЭ повышена – у 46,8% на 1 году, у 9,2% - через 10 и более лет после ХЭ, у больных ЖКБ – у 20,4%. На 1 году после операции низкие цифры ПЭ в кале у большинства больных связаны с «уклонением» их в кровь, через 5-10 лет и более – низкие цифры ПЭ в кале объясняются «истинным» снижением экзокринной функции поджелудочной железы. Тяжелая экзокринная недостаточность через 1-5 лет после ХЭ – у 12,5% больных, через 10 и более лет – у 26%.

Выводы: На 1 году после холецистэктомии возникают «острые» или обостряются хронические явления в поджелудочной железе, что объясняется снижением ПЭ в кале и повышением её в сыровотке крови. В отдалённом периоде после холецистэктомии возникает истинная экзокринная недостаточность поджелудочной железы. В сравнении с ЖКБ после холецистэктомии у больных достоверно более низкие показатели ПЭ в кале.

## **ДИНАМИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ТЕНДИНИТОВ РОТАТОРНОЙ МАНЖЕТЫ ПЛЕЧЕВОГО СУСТАВА В РУТИННОЙ АМБУЛАТОРНОЙ ПРАКТИКЕ**

**Бухарова Е.Я.**

**Казанский государственный медицинский университет  
Научный руководитель – к.м.н., асс. Кириллова Э.Р.**

Плечелопаточный болевой синдром – полиэтиологичное заболевание, которое характеризуется дегенеративными изменениями периартикулярных тканей плечевого сустава. Наиболее частым источником болей в плече являются сухожилия, которые составляют по данным литературы свыше 60% всех случаев.

Цель исследования: оценить динамику состояния плечевого сустава в зависимости от возраста и от предшествующей терапии.

Методы исследования: в исследование были включены 20 больных в возрасте от 40 до 78 лет (62; 47, 72) с жалобами на боли в плечевом суставе и с изменениями сухожилий ротаторной манжеты плечевого сустава в рутинной амбулаторной практике. Всем пациентам проводилось клиническое, ультразвуковое исследование (УЗ), определение функционального статуса плечевого сустава исходно и через 6 недель наблюдения. Больные были поделены на две группы в зависимости от возраста (старше и младше 50 лет) и от наличия или отсутствия предшествующего лечения. Статистический анализ проводился при помощи прикладного пакета программ Statistica 5.5.

Результаты. Исследование завершили 15 пациентов. Одностороннее поражение присутствовало у 66,7% пациентов, двустороннее – у 33,3%. Среди пациентов преобладали женщины – 86,7%. Неврологом наблюдались 53,3%, хирургом – 20,0%, терапевтом – 20,0%, ревматологом – 6,7%. Первично получали лечение 4 пациента (26,7%), 11 пациентов (73,3%) – повторно. Исходные показатели в группах были сопоставимы. В группе пациентов старше 50 лет достоверно улучшились все показатели, кроме УЗ индекса, в отличие от второй группы (<50 лет), где улучшение не достигло статистической значимости. Пациенты, уже получавшие терапию по поводу болей в плечевом суставе, отметили статистически значимое улучшение функционального статуса, а также достоверное уменьшение клинического индекса.

Закключение. Положительная динамика субъективных показателей состояния плечевого сустава отмечалась у пациентов старшей возрастной группы, предварительно получавших терапию по поводу плечелопаточного болевого синдрома.

## **НАРУШЕНИЕ УГЛЕВОДНОГО ОБМЕНА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТОМ ПОСЛЕ ПУЛЬС-ТЕРАПИИ ГЛЮКОКОРТИКОИДАМИ**

**Мусина Л.И., Нуруллина Г.И., Хуснутдинова Л.А.**

**Казанский государственный медицинский университет  
Научный руководитель – к.м.н., доц. Киселёва Т.А.**

Применение глюкокортикоидов (ГК) является значимым фактором развития нарушений углеводного обмена (УО) при лечении больных с иммуновоспалительными заболеваниями.

Цель: изучить влияние пульс-терапии (ПТ) ГК на состояние углеводного обмена у больных хроническим гломерулонефритом (ХГН).

Методы: обследовано 26 пациентов с ХГН в возрасте от 19 до 69 лет без нарушений УО в анамнезе. Под ПТ ГК понимали в/в введение преднизолона (10-30 мг/кг/сут) на 200 мл 0,9% раствора NaCl в течение 30-40 минут 3 дня подряд. Всем пациентам проводили измерение глюкозы крови до начала ПТ, через 2, 4, 6, 8, 10, 24, 48 и 72 часа после ПТ, а у пациентов, у которых уровень глюкозы через 72 часа не вернулся к исходному – до нормализации показателей. Затем проводили оральный глюкозо-толерантный тест (ОГТТ): нормальным результатом считали концентрацию глюкозы менее 7,8 ммоль/л через два часа после приема 75г глюкозы. При уровне глюкозы 7,8-11,1 ммоль/л констатировали нарушение толерантности к глюкозе (НТГ), выше 11,1 ммоль/л – сахарный диабет. Также определяли индекс массы тела (ИМТ).

Результаты: По результатам ОГТТ пациенты разделились на 2 группы. Первую группу составили 20 пациентов (средний возраст 38,4±11,74 лет) с нормальным результатом ОГТТ, во вторую вошли 6 пациентов (средний возраст 59,7±4,0), из них у 4 выявлено НТГ, а у 2 определялись диабетические цифры гликемии.

У всех пациентов наблюдалось повышение уровня глюкозы максимально через 4 часа после начала ПТ: в первой группе до 10,6±1,88 ммоль/л, а во второй до 16,9±2,75 ммоль/л ( $p<0,05$ ). Нормализация уровня глюкозы у больных первой группы произошла в течение 1,8±0,64 дней, тогда как во второй группе – у 4 больных в течение 4,0±0,5 дней ( $p<0,05$ ). Выявлено значимое различие по ИМТ: 24,2±3,19 кг/м<sup>2</sup> в первой группе и 33,5±4,17 кг/м<sup>2</sup> во второй,  $p<0,05$ .

Выводы: Применение ПТ ГК у больных с ХГН может вызывать нарушения углеводного обмена (23,07%), проявляющиеся развитием гипергликемии максимально через 4 часа после начала ПТ, длительной нормализацией уровня глюкозы крови. Предикторами развития таких нарушений при проведении ПТ явились повышение ИМТ и более старший возраст больных.

## **ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У БОЛЬНЫХ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКОЙ**

**Хуснутдинова Л.А., Фарук Мохаммад**  
**Казанский государственный медицинский университет**  
**Научный руководитель – д.м.н., доц. Максудова А.Н.**

Системная красная волчанка (СКВ) – одно из самых значимых ревматологических заболеваний, обладающее высокой гетерогенностью проявлений и приводящее к физическим и психическим нарушениям. Понимание факторов и механизмов, влияющих на качество жизни при СКВ, позволит оптимизировать лечебные мероприятия и правильно выбирать направления для реабилитации.

Цель исследования: изучение качества жизни пациентов с СКВ и определение факторов, имеющих на него влияние.

Методы исследования: обследовано 20 пациентов с СКВ в возрасте от 25 до 65 лет (в среднем 38,7±11,0 лет). Оценка качества жизни производилась с использованием опросника SF-36; максимальное количество баллов (100) означало состояние полного здоровья. Отдельно рассматривались физический и психический компоненты здоровья (максимально 50 баллов). Определялись лабораторные показатели, оценивалась клиническая активность заболевания. Статистическая обработка производилась с использованием программы Statistica 6.0.

Результаты: в среднем у пациентов с СКВ качество жизни расценивалось как сниженное (85,3±6,2 баллов), при этом в большей степени наблюдалось снижение физического компонента здоровья (37,2±5,2 баллов или 74,4±10,4% от максимального значения) по сравнению с психическим компонентом (47,4±3,5 баллов или 95,4±7,0%,  $p<0,05$ ), что соответствует литературным данным. Было выявлено, что снижение качества жизни зависит от активности заболевания: поражения суставов и кожи, повышение скорости оседания эритроцитов ( $p<0,05$ ), при этом не было выявлено зависимости от длительности болезни. При анализе взаимосвязи снижения физического здоровья с различными факторами была выявлена прямая зависимость от возраста пациентов ( $p<0,05$ ) и клинико-лабораторной активности заболевания. Возраст больных отрицательно влиял и на оценку психического здоровья, аналогично значимое влияние оказывала длительность заболевания, тогда как активность существенного значения не имела.

Выводы: высокая клинико-лабораторная активность СКВ существенно влияет на качество жизни пациентов, оказывая наибольшее влияние на физический компонент здоровья. Психический компонент здоровья страдает при более старшем возрасте пациентов и при большей длительности заболевания.

## **АНАЛИЗ ОСЛОЖНЕНИЙ ЧКВ ПРИ РАЗЛИЧНОЙ АНТИАГРЕГАНТНОЙ ТЕРАПИИ**

**Магамедкеримова Ф. А., Губайдуллина К. Д.**  
**Казанский государственный медицинский университет**  
**Научный руководитель - д.м.н., доц. Н. Р. Хасанов**

Введение: Первичное чрезкожное коронарное вмешательство (ЧКВ) в настоящее время рассматривается в качестве наиболее эффективного подхода при остром инфаркте миокарда (ОИМ). После восстановления коронарного кровотока особое значение отводится двойной антиагрегантной терапии (ДАТ) – комбинированному использованию ацетилсалициловой кислоты и тиагреболо (клопидогрел и тикагрелор). В то же время, актуальной проблемой после ЧКВ у больных с ОИМ является тромбоз стента.

Цель исследования: Изучить частоту тромбозов стентов у больных ОИМ, получающих различные варианты ДАТ.

Материал и методы: В исследование было включено 107 больных (средний возраст 63,9±1,7 лет), в том числе 69 мужчин (64,5%) и 38 женщин (35,5%), поступивших в ЧКВ-центр Казанской городской клинической больницы №97 по поводу ОИМ. Всем пациентам было проведено ЧКВ. В соответствии с вариантами ДАТ были сформированы 2 группы исследования. В 1 группу вошли 84 человека (средний возраст 64,4±1,3 года), в том числе 55 мужчин (65,5%) и 29 женщин (34,5%), получавшие в составе ДАТ комбинацию ацетилсалициловой кислоты с клопидогрелем. 2 группу составили 23 человека (средний возраст 62,6±2,7 года), в том числе 14 мужчин (60,9%) и 9 женщин (39,1%), получавших тикагрелор. Статистическая обработка полученных данных проводилась с применением пакета прикладных программ Statistica 6.0 для Windows.

Результаты исследования: Тромбоз стента развился у 9 пациентов, в том числе у 7 мужчин (77,8%) и 2 женщин (22,2%), в среднем через 6,9±1,2 дней после проведенного по поводу ОИМ стентирования. Все больные относились к 1 группе. Среди пациентов 2 группы, получавших тикагрелор, развития тромбоза не наблюдалось. Статистического различия в частоте развития тромбоза стента между группами лечения не наблюдалось ( $p=0,065$ ). Вместе с тем, полученные данные исследования демонстрируют достаточно отчетливую тенденцию к меньшей частоте развития тромбоза стента среди больных, получавших после ЧКВ тикагрелор.

Заключение: Среди больных с ОИМ, получающих после ЧКВ ДАТ, наблюдается тенденция к большей частоте тромбозов стентов в группе комбинированного лечения ацетилсалициловой кислотой и клопидогрелем.

## **КОМБИНИРОВАННАЯ ТЕРАПИЯ РИТУКСИМАБОМ И НПВП ПРИ АНКИЛОЗИРУЮЩЕМ СПОНДИЛИТЕ В СРАВНЕНИИ С МОНОТЕРАПИЕЙ НПВП И СОЧЕТАННЫМ ПРИМЕНЕНИЕМ НПВП И ИНГИБИТОРОВ ФНО- $\alpha$**

**Протопопов М.С., Кунст М.А., Сухорукова Е.В.**  
**Казанский государственный медицинский университет**  
**Научный руководитель – д.м.н., проф. Эрдес Ш.Ф.**

Актуальность. Опубликованы сообщения о потенциальной эффективности ритуксимаба при анкилозирующем спондилите (АС), преимущественно у пациентов, ранее не получавших лечение ингибиторами фактора некроза опухоли альфа (и-ФНО- $\alpha$ ). Прямых сравнений эффективности ритуксимаба, нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП) и и-ФНО- $\alpha$  не проводилось.

Цель. Провести прямое проспективное сравнение эффективности монотерапии НПВП, а также комбинаций НПВП с ритуксимабом и и-ФНО- $\alpha$  у пациентов с высокоактивным АС.

Методы. 20 пациентов (мужчины-17, средний возраст  $36,3 \pm 9,9$  лет) с АС высокой степени активности (BASDAI  $6,19 \pm 1,48$ , ASDASCOЭ  $3,43 \pm 0,72$ ) получали лечение ритуксимабом (две инфузии с интервалом 15 дней в дозе 500-1000 мг в зависимости от массы тела и активности АС) в дополнение к проводимой терапии НПВП. 36 пациентов (мужчины-30, средний возраст –  $34,3 \pm 8,6$  лет, BASDAI  $5,59 \pm 1,19$ , ASDASCOЭ  $3,22 \pm 0,74$ ) получали лечение и-ФНО- $\alpha$  (инflixимаб, этанерцепт, адалимумаб) в комбинации с НПВП. 35 пациентов (мужчины-30, средний возраст  $33,4 \pm 9,3$  лет, BASDAI  $5,95 \pm 1,26$ , ASDASCOЭ  $3,32 \pm 0,60$ ) продолжали монотерапию НПВП. Оценивалась динамика индекса BASDAI, а также ответ по критериям ASAS20.

Результаты. На 24 неделе лечения, средний показатель BASDAI в группе пациентов, продолжавших монотерапию НПВП, составил  $5,22 \pm 1,14$ , 11 (31,4%) пациентов соответствовали критериям улучшения ASAS20. В группе ритуксимаба, среднее значение BASDAI было значительно ниже по сравнению с группой НПВП ( $3,70 \pm 0,91$ ,  $p < 0,05$ ), 15 (75%) пациентов соответствовали критериям улучшения ASAS20. Самый низкий уровень BASDAI ( $2,03 \pm 0,64$ ) по сравнению как с группой НПВП ( $p < 0,01$ ), так и с группой ритуксимаба ( $p < 0,05$ ) наблюдался в группе пациентов, получавших лечение и-ФНО- $\alpha$  в комбинации с НПВП. 33 (94,3%) пациента достигли улучшения по критериям ASAS20.

Вывод. Комбинированное применение НПВП и ритуксимаба у пациентов с АС превосходит по эффективности монотерапию НПВП, однако уступает комбинации НПВП и и-ФНО- $\alpha$ .

## **ЭФФЕКТИВНОСТЬ РИТУКСИМАБА У ПАЦИЕНТОВ С АНКИЛОЗИРУЮЩИМ СПОНДИЛИТОМ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ДЕПЛЕЦИИ CD-20 ЛИМФОЦИТОВ**

**Протопопов М.С., Кунст М.А., Сухорукова Е.В.**  
**Казанский государственный медицинский университет**  
**Научный руководитель – д.м.н., проф. Эрдес Ш.Ф.**

Актуальность. Ряд исследований продемонстрировали эффективность ритуксимаба в отношении клинических проявлений анкилозирующего спондилита (АС). При этом эффективность ритуксимаба в зависимости от выраженности деплеции CD-20 положительных лимфоцитов и их исходного уровня у пациентов с АС не исследовалась.

Цель. Оценить эффективность ритуксимаба в зависимости от выраженности деплеции CD-20 положительных лимфоцитов после первой инфузии и их исходного уровня у пациентов с АС.

Методы. 20 пациентов (мужчин-13, средний возраст  $36,3 \pm 9,9$  лет) с АС высокой степени активности (BASDAI –  $6,19 \pm 1,48$ ) получали лечение ритуксимабом (две инфузии с интервалом 15 дней в дозе 500-1000 мг в зависимости от массы тела и активности АС) в дополнение к проводимой терапии нестероидными противовоспалительными препаратами (НПВП). Для оценки эффективности лечения оценивалась динамика индекса BASDAI, а также ответ по критериям ASAS20. У всех пациентов оценивался уровень CD-20 положительных лимфоцитов при включении в исследование, а также перед второй инфузией препарата (день 15) и на 24-й неделе лечения.

Результаты. Активность заболевания по BASDAI при включении в исследование не зависела от исходного уровня CD-20 положительных лимфоцитов ( $p > 0,05$ ). У 17 пациентов (85%) полная деплеция отмечалась уже после первой инфузии ритуксимаба (15-й день терапии). 3 пациента, у которых CD-20 положительные лимфоциты в крови регистрировались после первой инфузии, не отличались недостаточным ответом на терапию – на 24 неделе лечения у 2х из них наблюдалась частичная ремиссия по критериям ASAS, один соответствовал критериям улучшения ASAS40. Средний показатель BASDAI в группе ритуксимаба на 24 неделе лечения достоверно снизился ( $3,70 \pm 0,91$ ,  $p < 0,01$ ), 15 (75%) пациентов соответствовали критериям улучшения ASAS20. У всех пациентов наблюдалась полная деплеция CD-20 положительных лимфоцитов. Зависимости уровня BASDAI на 24-й неделе от исходного числа CD-20 положительных лимфоцитов, как и при включении в исследование, обнаружено не было ( $p > 0,05$ ).

Вывод. Ритуксимаб снижает активность заболевания у пациентов с АС; эффективность ритуксимаба не зависит от исходного уровня CD-20 положительных лимфоцитов, а также от выраженности деплеции после первой инъекции.

## **РОЛЬ ЭНДОТОКСИНА И АНТИЭНДОТОКСИНОВОГО ИММУНИТЕТА ПРИ ЯЗВЕННОМ КОЛИТЕ**

**Мухаметова Д.Д.**  
**Казанский государственный медицинский университет**  
**Научный руководитель – д.м.н., проф. Абдулганиева Д.И.**

В патогенезе язвенного колита (ЯК) отводится немаловажное значение кишечной микрофлоры и нарушению иммунного ответа. Компонентом стенки грамотрицательных бактерий является эндотоксин. Представляется актуальным определение концентрации эндотоксина в крови и уровень антител к нему у больных с ЯК.

Цель: изучить показатели системной эндотоксинемии и состояние антиэндотоксинового иммунитета у пациентов ЯК.

Методы исследования: В исследование проспективно было включено 77 пациентов с ЯК в стадии обострения и 15 здоровых добровольцев. У всех определялась концентрация эндотоксина в сыворотке крови с использованием ЛАЛ реагента. У 20 пациентов определялся уровень антиэндотоксиновых Ig A, M и G в крови методом ИФА. В качестве антигена эндотоксина использовали гликолипид (ГЛП) Re - мутанта *Salmonella minnesota* и липополисахарид (ЛПС) *E. coli* O14.

Средний возраст больных составил  $38,6 \pm 1,3$  лет, в группе сравнения –  $31,1 \pm 3,6$  лет. Тяжесть активности ЯК оценивалась по индексу активности Мейо. Пациентов с легкой степенью было 23 (30%), средней – 42 (54,4%), тяжелой – 12 (15,6%).

Результаты: Нами было выявлено повышение эндотоксина в крови у пациентов с ЯК [среднее  $0,0086 \pm 0,0003$  ед/мл] ( $p < 0,05$ ), при сопоставлении с группой сравнения [среднее  $0,00038 \pm 0,0003$  ед/мл]. Выявилась тенденция увеличения

эндотоксинемии с увеличением тяжести заболевания. В группе пациентов с легкой степенью средний показатель эндотоксина составил  $0,005 \pm 0,002$  ед/мл, средней степени -  $0,016 \pm 0,011$  ед/мл и тяжелой -  $0,018 \pm 0,017$  ед/мл ( $p > 0,05$ ).

Отмечалось снижение Ig A и Ig M к ГЛП Re - мутанта *Salmonella minnesota*, ЛПС *E. coli* O14 ( $p < 0,05$ ) и повышение антиэндотоксиновых Ig G. Уровень антител класса Ig A и M к ГЛП Re - мутанта *Salmonella minnesota* коррелировал с уровнем Ig A ( $r = 0,76$ ;  $p < 0,05$ ) и Ig M ( $r = 0,79$ ;  $p < 0,05$ ) к ЛПС *E. coli* O14.

Выводы: У пациентов в обострении ЯК отмечалось повышение уровня системной эндотоксинемии ( $p < 0,05$ ) и снижение антиэндотоксиновых Ig A, Ig M ( $p < 0,05$ ) и повышение антиэндотоксиновых Ig G. Повышение эндотоксина может свидетельствовать о повышении проницаемости кишечника и хронической антигенной стимуляции при ЯК.

## **ОСОБЕННОСТИ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОГО ИММУННОГО ОТВЕТА К КИШЕЧНОЙ МИКРОБИОТЕ У ПАЦИЕНТОВ С ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ КИШЕЧНИКА, ПОЛУЧАВШИХ БИОЛОГИЧЕСКУЮ ТЕРАПИЮ**

**Мухаметова Д.Д., Афанасьева Т.Ю.**  
**Казанский государственный медицинский университет**  
**Научный руководитель - д.м.н., проф. Абдулганиева Д.И.**

В последнее время большое внимание уделяется изучению роли кишечной микробиоты в патогенезе воспалительных заболеваний кишечника (ВЗК). Лекарственные препараты, применяемые в терапии ВЗК, направлены на разные звенья патогенеза язвенного колита (ЯК) и болезни Крона (БК).

Цель: Изучить особенности иммунного ответа к кишечной микробиоте у пациентов с ВЗК, получавших инфликсимаб.

Методы исследования: В исследование было включено 65 пациентов с ВЗК, из них 10 пациентов ВЗК, получавших инфликсимаб (7 - ЯК, 3 - БК) (I группа), и 55 больных (35 - ЯК, 20 - БК), находившихся на стандартной терапии (препараты 5-аминосалициловой кислоты, иммуносупрессоры и глюкокортикоиды) (II группа), и 15 здоровых добровольцев. У всех включенных в исследование определялись концентрации Ig A, Ig M и Ig G к антигенам некоторых представителей микробиоты кишечника методом иммуноферментного анализа.

Результаты: Нами было выявлено снижение уровней Ig A и Ig M и повышение Ig G к большинству определяемых антигенов у пациентов II группы по сравнению с показателями группы контроля. Показано, что Ig A ко всем антигенам в I группе были ниже, чем во II группе. У пациентов с ВЗК, получавших инфликсимаб, Ig M к гликолиполисахаридам Re-мутанта *Salm. minnesota* (при БК  $p < 0,05$ ), липополисахаридам *E. coli* O14 (при БК  $p < 0,05$ ), *B. bifidum*, *P. aeruginosa*, *P. mirabilis*, *Strep. spp.*, *C. albicans* и при ЯК Ig M к *K. pneumonia*, *S. aureus* выше, чем в группе стандартной терапии. Также в I группе пациентов, получавших биологическую терапию, Ig G к гликолиполисахаридам Re-мутанта *Salm. minnesota*, липополисахаридам *E. coli* O14, *P. aeruginosa*, *S. aureus*, *Strep. spp.* и при ЯК *P. mirabilis*, *K. pneumonia* были ниже, чем во II группе. То есть уровень антител Ig M и G в I группе не отличался от показателей у здоровых добровольцев.

Выводы: В группе пациентов, получавших инфликсимаб, отмечена нормализация уровня большинства антител к кишечной микробиоте, что, возможно, говорит о выраженном снижении иммунологической активности болезни.

## **БЛОКАТОРЫ РЕЦЕПТОРОВ АНГИОТЕНЗИНА II В ЛЕЧЕНИИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ**

**Якубова А.Ш., Горелкин И.В.**  
**Казанский государственный медицинский университет**  
**Научный руководитель – к.м.н., доц. Галеева З.М.**

Гипертоническая болезнь занимает первое место среди неинфекционных заболеваний. В ряде случаев, осложнения гипертонии могут приводить к стойкой потере трудоспособности и даже к смерти. В последнее время очевиден рост численности населения, страдающего данным заболеванием, в связи с чем необходимы эффективные гипотензивные препараты.

Цель исследования: оценка эффективности препарата вальсартан (Вальсартан).

Материалы и методы: открытое нерандомизированное исследование длительностью 4 недели. В исследуемую группу было включено 20 пациентов, страдавших гипертонической болезнью, из них 17 женщин (75%), 3 мужчин (25%). У 8 (40%) из них имелась стенокардия напряжения 2-3 ФК. У 9 (45%) - сахарный диабет 2 типа.

Результаты: При включении пациента в исследование, через 2 и через 4 недели лечения проводился контроль таких гемодинамических параметров как: артериальное давление (АД), частота сердечных сокращений (ЧСС). В зависимости от уровня АД назначалась дозировка 80 или 160 мг. Средняя дозировка составила 136 мг на протяжении всего исследования. 8 пациентов получали комбинированную терапию (сочетание исследуемого препарата с АК, мочегонными типа индапамида, ББ или с ИАПФ).

К 4 неделе исследования было получено достоверное снижение изначального АД: систолического - со 166,15 мм рт.ст. до 138,65 мм рт.ст. ( $p < 0,0005$ ), то есть процент снижения составил 16,7%; диастолического - с 94,5 мм рт.ст. до 86,3 мм рт.ст. ( $p = 0,007$ ), процент снижения составил 8,7%.

Изменение ЧСС, как и ожидалось, было недостоверным. Побочных эффектов не было выявлено ни у одного из пациентов. У 25% пациентов (5 человек) уровень артериального давления не достиг 140/90 мм рт.ст. Мнение пациентов об эффективности препарата было следующим: 5% (1 человек) высказали мнение о неэффективности препарата, 30% (6 человек) посчитали эффект удовлетворительным, 35% (7 человек) – хорошим, 30% (6 человек) пациентов – очень хорошим. Мнение врачей практически полностью совпало с мнением пациентов: удовлетворительная оценка в 35% (7 человек), хорошая в 35% (7 человек), очень хорошая в 30% (6 человек) случаев.

В целом можно сделать вывод, что препарат вальсартан является эффективным гипотензивным препаратом, как при монотерапии, так и в комбинации с другими антигипертензивными препаратами.

## **РОЛЬ ИНФОРМИРОВАННОСТИ ПАЦИЕНТА В ПРОГНОЗЕ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА**

**Карабаев Б.А.**  
**Казанский государственный медицинский университет**  
**Научный руководитель – к.м.н., доц. Ким З.Ф.**

Снижение летальности от сердечно-сосудистой патологии – приоритетная задача здравоохранения, затрагивающая не только вопросы разработки новых лечебных и диагностических подходов к данной патологии, но и оптимизация организации помощи на различных этапах ее оказания.

Цель данного исследования – анализ зависимости исхода острого коронарного синдрома (ОКС) от времени обращения пациентов за медицинской помощью.



Материалы и методы: Нами проанализированы 244 стационарные карты пациентов отделения неотложной кардиологии ГАУЗ ГКБ№7 г Казань.

Результаты и обсуждение: В составе группы 161 мужчина (средний возраст 53 года) и 83 женщины (средний возраст 66 лет). У 77 человек ОКС трансформировался в острый инфаркт миокарда (ОИМ): 56 мужчины (27 с зубцом Q, 29 без зубца Q) и 21 женщина (13 с зубцом Q, 8 без зубца Q). 13 пациентов скончались: 7 мужчин (2,87%) и 6 женщин (2,46%).

В течение 3 часов от начала болевого синдрома за медицинской помощью обратилось 14 чел (5,7 %), 2 из них скончались (0,8 %), 3-6 часов-41 (16,8 %), 3 из них скончались (1,2 %), 6-12 ч – 51 (20,9 %), 2 из них скончались (0,8 %), 12-24 ч – 26 (10,7 %), 3 из них скончались (1,2%) и > 24 ч – 112 человек (45,9 %) с летальным исходом в 3-х (1,2 %) случаях.

Обращает на себя внимание тот факт, что почти половина пациентов (45,9%) обратилась за помощью лишь спустя сутки после начала болевого синдрома, тогда как клиническая картина ОКС носила классический характер. Наиболее неблагоприятен прогноз оказался у пациентов, обратившихся за квалифицированной помощью в первые 3 часа и 12-24 часа от начала заболевания (14,3% и 11,5% летальности в соответствующих группах). Считаем необходимым проведение профилактической работы с населением, больными сердечно-сосудистыми заболеваниями, членами их семей, что повысит информированность пациентов о течении ишемической болезни сердца, признаках ее дестабилизации, сократит время поступления больного в стационар, и, возможно, улучшит исход заболевания.

### **СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ПРОЕКТНО-ОРИЕНТИРОВАННОГО И ТРАДИЦИОННОГО ПОДХОДОВ В ПРЕПОДАВАНИИ ДИСЦИПЛИНЫ «ВНУТРЕННИЕ БОЛЕЗНИ» СТУДЕНТАМ И ИНТЕРНАМ МЕДИЦИНСКОГО ВУЗА (ОПЫТ ВНЕДРЕНИЯ ПАЛАТНЫХ КОМАНД)**

**Кунст М.А., Шамсутдинова Н.Г.**  
**Казанский государственный медицинский университет**  
**Научный руководитель – д.м.н., доц. Абдулганиева Д.И.**

Актуальность: Учитывая меняющиеся требования и ожидаемые компетенции от выпускников медицинских вузов, существует необходимость расширения вариантов клинического преподавания медицинских дисциплин. В рамках реализации «Стратегии развития КГМУ» в 2012-2013 учебном году на кафедре госпитальной терапии началось внедрение новых форм организации клинического преподавания, в частности, «Палатных команд».

Цель: Сравнительный анализ проектно-ориентированного и традиционного подходов в преподавании внутренних болезней студентам 5-6 курсов лечебного факультета.

Материалы и методы: Создана модель палатных команд, состоящая из 3-5 студентов, интерна, ординатора/аспиранта и курирующего несколько подгрупп преподавателя. Использовалась разработанная нами специальная анкета для объективизации эффективности внедрения и возможности проведения сравнительного анализа обучения студентов по предлагаемой и традиционной методикам. На кафедре госпитальной терапии по новой образовательной технологии «Палатная команда» было проучено 61 студент старших курсов - с 5-го по 6-й, 47 студентов составили группу сравнения. 24 человека (студенты 6 курса, в дальнейшем интерны) анкетированы двукратно: на 6 курсе и через год.

Результаты: При анализе результатов анкетирования было выявлено, что по всем вопросам опросника студенты, занимавшиеся в «Палатной команде» оценили обучение по данной технологии выше. Так, соответствие занятия ожиданиям составило 4,9 против 4,3 (по классической методике преподавания), организация занятия требовала тщательной подготовки к занятиям: 4,9 против 4,2; научили не бояться больного: 4,9-4,0; занятия привели к укреплению взаимопонимания в группе 4,8-4,3; обучение способствовало развитию личностных качеств 4,8-4,4; занятие проходило интенсивно 4,8-4,5; эффективность преподавания в целом 4,8-4,5. Интересным оказался факт, что после окончания ВУЗа и в процессе прохождения интернатуры по специальности «внутренние болезни» средние значения ответов на вопросы анкеты оставались на высоком уровне.

Выводы: Применение образовательной технологии позволяло совершенствовать профессиональные компетенции, а также сформировать личностные компетенции студентов. Преимущества проектно-ориентированного подхода были положительно отмечены врачами-интернами спустя год после обучения по данной методике.

### **ИЗМЕНЕНИЕ ДОЗ ИНСУЛИНА НА ПРОТЯЖЕНИИ БЕРЕМЕННОСТИ У БОЛЬНЫХ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1 ТИПА, НАХОДЯЩИХСЯ НА ПОМПОВОЙ ИНСУЛИНОТЕРАПИИ**

**Шарипова Ю.У., Ахметзянова Т.Н.**  
**Казанский государственный медицинский университет**  
**Научный руководитель – д.м.н., проф. Валеева Фарид Вадутовна**

Цель: изучить изменение доз инсулина у беременных с сахарным диабетом 1 типа, переведенных с режима многократных инъекций МПИИ на постоянное подкожное введение инсулина с помощью носимого дозатора ППИИ.

Материалы и методы: обследовано в динамике 48 беременных, страдающих сахарным диабетом 1 типа в возрасте от 18 до 33 лет (средний возраст 25 лет) и длительностью заболевания от 1 года до 26 лет (10 лет). Беременные были разделены на 2 группы 1-я группа (n=21) с длительностью заболевания меньше 10 лет ( $5,8 \pm 2,5$ ) и 2-ая группа (n=27) с длительностью заболевания более 10 лет ( $13,5 \pm 3,6$ ). Группы были сопоставимы по весу ( $57,5 \pm 6,0$ ), ИМТ, степени компенсации по уровню гликированного гемоглобина ( $p < 0,05$ ). При переводе беременных на помповую инсулинотерапию в группе с длительностью заболевания меньше 10 лет уровень гликированного гемоглобина составил ( $6,6\% \pm 2,4\%$ ), в группе с длительностью больше 10 лет ( $6,9 \pm 1,1\%$ ). Для оценки адекватности инсулинотерапии проводилось суточное мониторирование глюкозы с помощью аппарата CGMS Minimed Medtronic.

Результаты: Вариабельность гликемии достоверно не отличалась и составила  $7,1$  ммоль/л  $\pm 2,2$  в 1 группе и  $7,1$  ммоль/л  $\pm 2,6$  во 2 группе ( $p < 0,05$ ).

Анализ показал, что при переводе на помповую инсулинотерапию в группе с длительностью диабета менее 10 лет средняя доза базального инсулина уменьшилась на 44% и составила ( $0,24$  ед/кг  $\pm 0,07$ ), в группе с длительностью заболевания больше 10 лет доза базального инсулина уменьшилась на 40% и составила ( $0,23$  ед/кг  $\pm 0,06$ ). Достоверной разницы в снижении доз базального инсулина выявлено не было ( $p > 0,05$ ).

В 3 триместре беременности на сроке 34-35 нед суточная доза инсулина составляла ( $1$  ед/кг  $\pm 0,19$ ) и ( $1$  ед/кг  $\pm 0,17$ ) в первой и второй группах соответственно за счет увеличения базальной и болюсной доз в зависимости от углеводных эквивалентов.

Далее проведена оценка изменения доз инсулина в зависимости от наследственной отягощенности по сахарному диабету 2 типа. Пациентов разделили на 2 группы. Группа 1 имела родственников с сахарным диабетом 2 типа (n=8), 2 группа без наследственности по сахарному диабету (n=40).

В результате во всех исследуемых группах наблюдалось нарастание базальных доз инсулина на протяжении беременности, в 1 группе к 3 триместру базальная доза выросла на 150% (на 26 ед/сут), во второй группе на 100% (на 13 ед/сут). В 1 группе в течение беременности болюсные коэффициенты увеличились на 80% (на 20 ед/сут) ( $p<0,05$ ) во второй группе болюсные коэффициенты увеличились на 50% (на 10 ед/сут).

Выводы: при переводе женщин с режима многократных подкожных инъекций на помповую терапию вариабельность гликемии и дозы базального инсулина не зависят от длительности сахарного диабета, доза базального инсулина уменьшается в среднем на 42%.

На протяжении беременности потребность в инсулине увеличивается как за счет базальной, так и за счет болюсной доз в виду роста углеводных эквивалентов, отягощенная наследственность по сахарному диабету приводит к значительному росту как болюсных эквивалентов, так и базальных доз инсулина в течение беременности.

## **ВОССТАНОВИТЕЛЬНАЯ МЕДИЦИНА**

### **ОЖИРЕНИЕ И ОБРАЗ ЖИЗНИ**

**Панченко Е.В.**

**Пермская государственная медицинская академия**

**Руководитель – к.м.н., доц. Соломатина Н.В., к.б.н., доц. Тютюнщикова В.Д.**

Цель исследования. Оценить возможность коррекции ожирения в условиях центра здоровья.

Задачи исследования: оценить особенности питания, двигательного режима женщин с избыточной массой тела; обучение: правилам здорового питания, поведению в стрессовых ситуациях, методикам оздоровительной физкультуры, способам оценки состояния здоровья; оценить состояние здоровья женщин с избыточной массой тела до и после завершения исследований.

Материалы и методы. В Центр здоровья г. Чайковского приглашены 13 женщин в возрасте от 32 до 56 лет имеющие избыточную массу тела. До и после теоретического и практического обучения правилам здорового образа жизни оценивали индекс массы тела, процент содержания жировой ткани, содержание глюкозы и холестерина в крови, АД, ЧСС, ЖЕЛ.

Результаты исследований. После 3 месяцев выполнения рекомендаций, разработанных в Центре здоровья, у большинства участников снизились АД, масса тела (2 - 10кг), обхват талии (2 - 10см), обхват бедер (3-7см). Улучшились биохимические показатели крови, появились ощущение легкости, радость жизни, изменились вкусовые предпочтения в пользу полезной пищи (фрукты, овощи, салаты, постные блюда).

Выводы: Выполнение правил здорового образа жизни привело к нормализации физиологических и биохимических показателей и повышению качества жизни практически у всех участниц исследований.

### **АМБУЛАТОРНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ С ВЕСТИБУЛЯРНЫМ ГОЛОВОКРУЖЕНИЕМ**

**Гумерова Л.Р., Ситдилов Р.Ш.**

**Казанский государственный медицинский университет**

**Научные руководители – д.м.н., проф. Тахавиева Ф.В., к.м.н., доц. Шагивалиева Т.П.**

В настоящее время неспецифическое лечение вестибулярного головокружения делится на два этапа: в остром периоде используется в основном медикаментозная терапия, цель которой - уменьшение головокружения и сопутствующих ему вегетативных расстройств. Сразу по окончании острого периода переходят ко второму этапу лечения, основной целью которого является вестибулярная компенсация и скорейшее восстановление работоспособности больного. На сегодняшний день общепризнано, что основу лечения на этом этапе должна составлять вестибулярная реабилитация. Правильно и своевременно подобранная вестибулярная гимнастика улучшает равновесие и походку, предотвращает падения, уменьшает неустойчивость, субъективное ощущение головокружения и повышает повседневную активность больного.

На базе городской поликлиники №7 разработан комплекс реабилитации для пациентов с вестибулярным головокружением. Нами разработан алгоритм назначения средств лечебной физкультуры, физиотерапевтических методов лечения и элементов психорелаксирующей терапии для пациентов. До проведения комплекса восстановительного лечения проводилось обследование с использованием современных тестов на устойчивость стояния и равновесия, а также определение качества жизни. Занятия проводились 2 раза в неделю по 40 мин. В результате проведенного исследования отмечалось улучшение по всем исследуемым параметрам.

### **ОРГАНИЗАЦИЯ И ПРОВЕДЕНИЕ РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ ПРОГРАММ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ**

**Абдуллаев В.В., Бикчурин Н.М.**

**Казанский государственный медицинский университет**

**Научный руководитель – д.м.н., проф. Тахавиева Ф.В.**

В условиях городской поликлиники нами разработана и внедряется программа оказания реабилитационной помощи больным с болями в шее и нижней части спины. Основными ее задачами являются:

1. Разработка дифференцированных программ реабилитации с учетом индивидуального реабилитационного потенциала
2. Внедрение современных методов реабилитации в практику работы поликлиники (занятия с гимнастическими мячами, флекси-барами, включение изометрического напряжения мышц, использование методики Мак-Кензи, Рейки-терапии для психологической коррекции).
3. Создание мультидисциплинарного подхода к реабилитационному ведению больных в условиях амбулаторно-поликлинического звена.

4. Разработка схемы оценки эффективности реабилитационных программ с учетом Международной классификации функционирования: оценка нарушений функции, нарушений жизнедеятельности и качества жизни пациентов.

5. Регулярное проведение образовательных программ для больных

В настоящее время нами разработана реабилитационная карта пациентов, позволяющая определить эффективность реабилитационных программ. Комплекс восстановительного лечения проводится 2 раза в неделю по 40 мин. В исследовании приняло участие 48 пациентов. Все больные отмечают положительную динамику в результате проведения данного комплекса.

#### **ВРАЧЕБНЫЙ КОНТРОЛЬ ЗА ФУНКЦИОНАЛЬНЫМ СОСТОЯНИЕМ И ФИЗИЧЕСКОЙ ПОДГОТОВЛЕННОСТЬЮ ШКОЛЬНИКОВ, ОБУЧАЮЩИХСЯ ПО СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫМ ПРОГРАММАМ**

**Бикчурин Н.М.**

**Казанский государственный медицинский университет  
Научный руководитель – д.м.н., проф. Тахавиева Ф.В**

Целью нашего исследования явилось определение морфофункциональных параметров школьников, занимающихся в специализированной школе-интернате с углубленным изучением естественных наук (математика, физика, химия, биология, а также информатика) для интеллектуально одаренных учеников 7-11 классов.

Проводились следующие виды обследования: антропометрия, соматоскопия, определение уровня здоровья, функциональные пробы дыхательной, сердечно-сосудистой и вегетативной нервной систем.

В результате проведенного обследования было выявлено, что у большинства учащихся отмечается снижение функциональных возможностей сердечно-сосудистой и дыхательной систем. Лишь у 9% школьников была выявлена устойчивость вегетативной нервной системы. Также отмечалось нарушение осанки, плоскостопие и близорукость.

Все вышеизложенное диктует необходимость разработки специализированных реабилитационных программ, включения комплекса лечебной гимнастики в уроки физического воспитания, обучения школьников гимнастике для глаз и пальминга, а также введения дополнительных программ по тренировке кардио-респираторной системы.

#### **РЕГРЕСС ЧУВСТВИТЕЛЬНЫХ ПОЛИНЕЙРОПАТИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ У БОЛЬНЫХ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ I И II ИНСУЛИНОПОТРЕБНОГО ТИПОВ ПРИ ПРИМЕНЕНИИ ЧЕТЫРЕХКАМЕРНОЙ ГАЛЬВАНИЧЕСКОЙ ВАННЫ**

**Васильева Е.В.**

**Казанский государственный медицинский университет  
Руководитель – к.м.н., асс. Саковец Т.Г.**

Цель исследования – выявление особенностей динамики сенсорных нарушений при симметричной дистальной полинейропатии у больных с сахарным диабетом I и II инсулинопотребного типов при применении четырехкамерных гальванических ванн.

Материал и методы. Больные с проявлениями симметричной дистальной полинейропатии при инсулинопотребном сахарном диабете были обследованы с оценкой сенсорных полинейропатических нарушений по шкале Neuropathy Symptoms and Changes. Четырехкамерные гальванические ванны проводились при температуре воды 36-38°C. Устанавливалось нисходящее направление тока, при котором ручные ванны соединялись с положительным полюсом, ножные – с отрицательным полюсом приставки. Сила тока не более 10 мА, 10-15 минут, ежедневно, 8-10 процедур.

Результаты исследования. Отсутствие положительной динамики температурной чувствительности отмечалось у больных, не получавших общую гальванизацию, в 47,4% случаев, с большей частотой (16,7%) в сравнении с долей сохранявшихся указанных клинических нарушений ( $p < 0,05$ ) в основной группе. Незначительное улучшение нарушенного восприятия тактильных ощущений в основной группе превалировало (40% случаев) в сравнении с частотой указанного темпа регресса нарушенной тактильной чувствительности в контрольной группе (30% случаев), однако различие не было достоверным. Умеренно выраженное улучшение указанных клинических проявлений достоверно превалировало в основной группе (40%), в то время как у больных, не получавших лечение гальваническим током, доля умеренно выраженной положительной динамики сниженной тактильной чувствительности определялась с меньшей частотой – в 12,5% случаев.

Закключение. Применение общей гальванизации с использованием четырехкамерной гальванической ванны эффективно в лечении нарушенной тактильной и температурной чувствительности у страдающих сахарным диабетом I и II инсулинопотребного типов больных с клиническими проявлениями симметричной дистальной диабетической полинейропатии.

#### **ОСОБЕННОСТИ РЕГРЕССА БОЛЕВОГО СИНДРОМА ПРИ ПРИМЕНЕНИИ ДИАДИНАМОТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ С ВЕРТЕБРОГЕННЫМИ ПОЯСНИЧНО-КРЕСТЦОВЫМИ КОРЕШКОВЫМИ ПОРАЖЕНИЯМИ В СТАДИИ РЕГРЕССА**

**Васильева Е.В.**

**Казанский государственный медицинский университет  
Руководитель – к.м.н., асс. Саковец Т.Г.**

Цель исследования - изучить особенности течения вертебрального синдрома у больных с поражением пояснично-крестцовых спинномозговых корешков при использовании диадинамотерапии.

Материалы и методы. 42 больных с вертеброгенными пояснично-крестцовыми радикулярными повреждениями в регрессионной стадии их течения. Больные были обследованы нейровизуализационно, болевой синдром оценивался по визуальной аналоговой шкале (болевого синдром оценивался в баллах: выраженный – 7-10 баллов, умеренный – 3-7 баллов, легкий – до 3 баллов). При проведении процедуры один электрод устанавливался паравертебрально в области пояснично-крестцового отдела позвоночника, второй – в зоне наибольшей болезненности ягодичных мышц, продолжительность воздействия: ток двухполупериодный непрерывный – 2 мин., ток, модулированный коротким периодом – 2-3 мин., ток, модулированный длинным периодом – 2-3 мин., сила тока – до безболезненной вибрации, ежедневно, курс лечения 10 процедур. Основная группа состояла из 24 больных, контрольная – из 18 больных.

Результаты. У больных основной группы регресс умеренных болевых проявлений до незначительных превалировал (25%) в сравнении с долей нивелирования умеренных алгических феноменов в контрольной группе (22,2% случаев). Торпидное течение умеренного и выраженного болевого синдрома (в сумме) у больных контрольной группы наблюдалось в 55,5% случаев, с большей частотой, в сравнении с долей торпидно протекающих болевых расстройств в основной группе –

31,6% случаев. Выраженные алгические проявления регрессировали до легких в основной группе в 16,7% случаев, с большей частотой, в сравнении с больными контрольной группы (14,6% случаев). Регресс грубых алгических феноменов до степени умеренно выраженных отмечался при назначении больным диадинамических токов – в 29,2% случаев, с большей частотой ( $p<0,05$ ), в сравнении с нивелирования выраженного болевого синдрома до степени умеренного в контрольной группе (5,6% случаев).

Выводы. Применение диадинамических токов эффективно в лечении вертебрального синдрома при вертеброгенных пояснично-крестцовых поражениях в стадии регресса.

### **ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ОБЩЕЙ ГАЛЬВАНИЗАЦИИ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЕВОГО СИНДРОМА У БОЛЬНЫХ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ I И II ИНСУЛИНОПОТРЕБНОГО ТИПОВ С КЛИНИЧЕСКИМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ СИММЕТРИЧНОЙ ДИСТАЛЬНОЙ ПОЛИНЕЙРОПАТИИ**

**Васильева Е.В.**

**Казанский государственный медицинский университет  
Руководитель – к.м.н., асс. Саковец Т.Г.**

Цель исследования – выявление особенностей динамики проявлений симметричной дистальной полинейропатии у больных с сахарным диабетом I и II инсулинопотребного типов при применении четырехкамерных гальванических ванн.

Материал и методы. Больные с болевыми проявлениями симметричной дистальной полинейропатии при сахарном диабете I и II инсулинопотребного типов были обследованы с оценкой по шкале NSC (Neuropathy Symptoms and Changes). Основная группа (34 больных) включала пациентов с глубокой болью в дистальных отделах конечностей, а также 20 пациентов с острой болью. В контрольной группе было 29 пациентов. В основной группе использовалась общая гальванизация: четырехкамерные гальванические ванны, которые проводились при температуре воды 36-38°C. Устанавливалось нисходящее направление тока, при котором ручные ванны соединялись с положительным полюсом, ножные – с отрицательным полюсом приставки. Сила тока не более 10 мА, до ощущений покалывания, безболезненной вибрации, 10-15 минут, ежедневно, 8-10 процедур. В контрольной группе общая гальванизация не проводилась.

Результаты исследования. Отсутствие положительной динамики глубокой ноющей боли выявлялось у больных, не получавших общую гальванизацию, в 65,5% случаев, с большей частотой в сравнении с долей сохранявшихся как глубоких алгических феноменов (28,6% случаев), так и более острого, пульсирующего, простреливающего характера (30% случаев) в основной группе ( $p<0,05$ ). Преобладала ( $p<0,05$ ) легкая положительная динамика глубоких болей (42,9% случаев) и острой боевой проявлений (40% случаев) у больных, которым была назначена общая гальванизация, в сравнении с частотой вышеуказанного темпа регресса в контрольной группе (6,9% случаев). Достоверных межгрупповых различий в выраженном регрессе острых пульсирующих, стреляющих болей выявлено не было.

Заключение. Применение общей гальванизации с использованием четырехкамерной гальванической ванны эффективно при болевом синдроме у страдающих сахарным диабетом I и II инсулинопотребного типов больных с клиническими проявлениями полинейропатии.

### **ОСОБЕННОСТИ РЕГРЕССА БОЛЕВОГО СИНДРОМА У БОЛЬНЫХ С ВЕРТЕБРОГЕННЫМИ КОРЕШКОВЫМИ ПОРАЖЕНИЯМИ ПОЯСНИЧНО-КРЕСТЦОВОГО УРОВНЯ ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ ПОДВОДНОГО ВЫТЯЖЕНИЯ**

**Шаронова М.Н.**

**Казанский государственный медицинский университет  
Научный руководитель – к.м.н., асс. Саковец Т.Г.**

Цель исследования. У больных с вертеброгенными пояснично-крестцовыми радикулярными поражениями необходим учет особенностей регресса болевого синдрома при применении подводной тракции для прогноза и выбора адекватной тактики лечения. Материал и методы. Больные были обследованы нейровизуализационно, болевой синдром оценивался по визуальной аналоговой шкале (болевого синдром оценивался в баллах: выраженный – 7-10 баллов, умеренный – 3-7 баллов, легкий – до 3 баллов). Основную группу составили 12 больных (46,2%), контрольную группу – 14 больных (53,8%), которым не проводилась подводная тракция. Вытяжение начиналось с груза в 5кг, затем в течение 5 мин. груз увеличивался до 10-15 кг, в конце процедуры груз – 0кг. К 4-5 процедуре груз доводился до 25-30 кг. Продолжительность процедуры 20-40 мин., курс лечения 8-10 процедур.

Результаты. При применении подводной тракции не выявлялось торпидное течение грубых алгических феноменов. У больных, которым не проводилось указанное лечение торпидное течение болевого синдрома выявлялось в 21,4% случаев. С большей частотой регресс выраженного болевого синдрома до умеренных алгических проявлений отмечался при применении подводной тракции (31,8%) в сравнении с частотой указанного регресса выраженных болевых нарушений у больных, которым не выполнялся указанный вид лечения (25% случаев). Регресс умеренных болевых нарушений до легких при проведении подводного вытяжения определялся в 31,8% случаев, тогда как у больных контрольной группы регресс умеренных алгических феноменов до легких регистрировался с несколько большей частотой – в 39,3% случаев, однако различия не были достоверными. С большей частотой ( $p<0,05$ ) регресс выраженного болевого синдрома до легкого определялся в основной группе (27,3% случаев) в сравнении с частотой регресса грубых болевых проявлений до незначительных в контрольной группе (7,1% случаев).

Заключение. Необходимо изучение динамики болевого синдрома при вертеброгенных пояснично-крестцовых радикулярных поражениях в стадии регресса при применении подводной тракции.

### **ДИНАМИКА БОЛЕВЫХ, ВЕРТЕБРАЛЬНЫХ И РАДИКУЛЯРНЫХ ПОРАЖЕНИЙ У БОЛЬНЫХ С ВЕРТЕБРОГЕННЫМИ РАДИКУЛЯРНЫМИ ПОЯСНИЧНО-КРЕСТЦОВЫМИ ПОРАЖЕНИЯМИ НА РАЗЛИЧНЫХ ВЕРТЕБРАЛЬНЫХ УРОВНЯХ ПРИ ПРИМЕНЕНИИ ПОДВОДНОЙ ТРАКЦИИ**

**Шаронова М. Н.**

**Казанский государственный медицинский университет  
Научный руководитель – к.м.н., асс. Саковец Т. Г.**

Цель исследования – выявление особенностей течения болевых, вертебральных и радикулярных поражений при применении подводной тракции у больных с поражениями пояснично-крестцовых корешков на разных вертебральных уровнях.

Материал и методы. Больные с вертеброгенными пояснично-крестцовыми корешковыми повреждениями были обследованы в регрессионной стадии заболевания. Основная группа состояла из 12 больных (46,2%), контрольная группа – из 14 больных (53,8%). Вытяжение начиналось с груза в 5кг, в течение 5 мин. груз увеличивался до 10-15кг, в конце процедуры груз уменьшался до 0кг. Продолжительность процедуры 20-40 мин., курс лечения 8-10 процедур.

Результаты исследования. Торпидный регресс всех клинических проявлений не выявлялся при поражении невралических структур на уровне LIV-LV и одновременно LIV-LV, LV-SI в случае применения подводного вытяжения. У пациентов контрольной группы с повреждением корешков на указанных вертебральных уровнях торпидное течение клинических проявлений определялось в 35,3% случаев. Топидное течение вертебрального синдрома при регрессе радикулопатических и болевых нарушений при поражении корешков на уровне LIV-LV и радикулярном повреждении одновременно на уровнях LIV-LV, LV-SI у больных, которым не проводилась подводная тракция, не отмечалось. При повреждении корешков на указанных вертебральных уровнях у больных, которым назначалось подводное вытяжение, торпидное течение вертебрального синдрома при регрессе радикулярных и алгических проявлений определялось в 6,7% случаев. Вариант течения клинических проявлений с торпидным регрессом вертебральных нарушений при положительной динамике в отношении радикулярного и болевого синдрома у больных отмечался при поражении корешков на уровне LV-SI – в 10% случаев.

Вывод. Как показали полученные данные, необходимо дифференцированно применять подводную тракцию при лечении вертеброгенном поражении корешков на различном пояснично-крестцовом уровне.

### **РОЛЬ КЛИНИКО-НЕЙРОВИЗУАЛИЗАЦИОННОГО СОПОСТАВЛЕНИЯ КИСТ ЗАДНЕЙ ЧЕРЕПНОЙ ЯМКИ ДЛЯ ОЦЕНКИ РИСКА РАЗВИТИЯ ЭПИЛЕПСИИ И ОПТИМИЗАЦИИ МЕР ПРОФИЛАКТИКИ И РЕАБИЛИТАЦИИ ЭТОЙ ГРУППЫ ПАЦИЕНТОВ**

**Аюпова Г. С.**

**Казанский государственный медицинский университет  
Научный руководитель – к.м.н., доц. Хузина Г. Р.**

Целью исследования было выявление клинических характеристик у больных с ретроцереbellарной субарахноидальной кистой Blake (РЦК Blake) с дебютом заболевания в позднем возрасте (после 20 лет) для оценки риска развития эпилепсии и разработки профилактических и реабилитационных мероприятий.

Методы и материалы. Было обследовано 24 больных (после 20 лет) с РЦК Blake. Проводимое комплексное обследование включало исследование жалоб, анамнеза, неврологического статуса, биохимического спектра крови, системы гемостаза, электроэнцефалографию (ЭЭГ). Верификация диагноза осуществлялась с помощью магниторезонансной томографии (МРТ) головного мозга.

Результаты исследования. Обследованная группа больных включала 24 пациента в возрасте от 22 до 60 лет (в среднем 37,1±2,7). Средний возраст начала неврологического заболевания составил 33,0±2,7. У всех пациентов исследуемой группы МР-томографически была верифицирована РЦК Blake в сочетании с диффузной гипоплазией мозжечка. Анализ клинических проявлений в исследуемой группе больных выявил пароксизмальный характер течения болезни у всех пациентов с преобладанием двух основных клинических синдромов: у 62,5% пациентов отмечались приступообразные мигреноподобные краниалгии, в 50% случаев – генерализованные эпилептические тонико-клонические припадки. В 37% наблюдений цефалгический синдром предшествовал развитию эпилепсии за 6-18 месяцев. ЭЭГ-изменения выявлялись у 37,5% пациентов: регистрировались очаги эпиактивности подкорковой локализации, в лимбических структурах, в височной и затылочно-теменной областях. Неврологическое обследование с расширенным тестированием координаторной сферы (ICARS) показало в 25% наблюдений легкую степень координаторных расстройств.

Вывод. Выявленная корреляция между РЦК Blake и пароксизмальными синдромами позволяет выделить 2 клинических варианта течения заболевания с единым патологическим механизмом: (1) РЦК Blake с цефалгией мигреноподобного типа и (2) РЦК Blake с генерализованной эпилепсией. Анализ течения заболевания позволил выделить группу риска по развитию генерализованной эпилепсии: пациенты с РЦК Blake с мигреноподобной цефалгией являются группой риска по развитию эпилепсии и нуждаются в системе профилактических мероприятий.

### **ОПТИМИЗАЦИЯ РЕАБИЛИТАЦИИ В СЛУЧАЯХ СОЧЕТАНИЯ КИСТОЗНОЙ АНОМАЛИИ ГОЛОВНОГО МОЗГА И ЗАДНЕЙ-ЧЕРЕПНОЙ ЯМКИ С ПРОЯВЛЕНИЯМИ ЭПИЛЕПСИИ И АУТИЗМА**

**Аюпова Г.С.**

**Казанский государственный медицинский университет  
Научный руководитель – к.м.н., доц. Хузина Г.Р.**

Введение. Около 1/5-1/3 всех людей, страдающих аутизмом отличаются развитием эпилепсии. От 10 до 18% детей с аутизмом страдают инфантильными спазмами и синдромом Леннокса-Гасто, что определяет целесообразность разработки дифференцированного реабилитационного подхода к указанной категории больных.

Клинический случай. Под нашим наблюдением находился ребенок мужского пола 9 лет. Начало заболевания в возрасте 3мес 20дней, когда на фоне ОРВИ возникли приступы тонико-клонических судорог с вовлечением левых конечностей, адверсией головы и глаз влево и постприступным сном. Приступы сначала носили единичный характер, в последующем участились (7-12 в сутки, максимум – до 120 эпизодов в день). На фоне противосудорожной терапии наблюдалось урежение и видоизменение приступов. Ведущим клиническим синдромом является грубое тотальное недоразвитие высших корковых функций в сочетании с нарушением социального межличностного восприятия и функции общения, которые в комплексе позволяют трактовать состояние как аутистический синдром. Тип приступов указывает на лобнодолевую симптоматическую эпилепсию, фармакорезистентного характера. По данным МРТ исследований была верифицирована киста пинеальной области (правой половины обводной цистерны) размерами 24х12мм, которая в динамике существенно сократилась к возрасту 7,5 лет в сочетании с диффузным расширением субарахноидальных пространств, атрофической редукцией кортикальной пластины и расширением ретроцереbellарного субарахноидального пространства (киста Blake).

Вывод. Представленный клинический случай нейровизуального феномена ретроцереbellарной кисты (РЦК) Blake и кисты правой обводной цистерны, ассоциированных с клиническим сочетанием аутизма и симптоматической генерализованной фармакорезистентной эпилепсии с частыми комплексными сложными парциальными припадками с вторичной генерализацией представляет собой редкое описание клинической феноменологии РЦК Blake и является интересным с точки зрения толкования фенотипа ВАР и оптимизации мер реабилитации в этой группе больных.

## **ДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЕ ПРИМЕНЕНИЕ РАЗЛИЧНЫХ ШКАЛ, ИСПОЛЪЗУЕМЫХ ДЛЯ ОЦЕНКИ РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ПОТЕНЦИАЛА У БОЛЬНЫХ С ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ИНСУЛЬТОМ В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ**

**Маркова Э.Э.**

**Казанский государственный медицинский университет  
Научный руководитель – к.м.н., асс. Саковец Т.Г.**

Введение. Больные с церебральным инсультом преобладают среди контингента реабилитационных учреждений и их состояние требует тщательной оценки для определения реабилитационного потенциала. Материал и методы. Были изучены шкалы, применяемые в остром периоде церебрального инсульта для дифференцированной оценки реабилитационного потенциала пациентов.

Результаты. В остром периоде инсульта для прогноза жизни пациента используется шкала комы Глазго, степень контролирования больным функций тазовых органов, Прогностический балл Аллена. При переводе пациентов из отделения нейрореанимации в неврологическое отделение используется шкала спастичности, 6-ти балльная шкала оценки мышечной силы. Наиболее широко характеризует нарушения у больных с церебральным инсультом Шкала Инсульта Института Здоровья (National Institutes of Health Stroke Scales). При ее применении оцениваются в баллах: уровень сознания, поля зрения, парез лицевой мускулатуры, движения в верхней и нижней конечностях как на стороне пареза, так и в противоположных конечностях (для оценки стволового инсульта), атаксия в конечностях, чувствительность, синдром «отрицания», дизартрия, афазия). Для оценки уровня бытовой активности наибольшее распространение в отделениях неврологического профиля получила шкала повседневной жизнедеятельности Бартела. Оценивается прием пищи, персональный туалет (умывание лица, причёсывание, чистка зубов, бритье), одевание, прием ванны, контроль тазовых функций, посещение туалета, вставание с постели, передвижение, подъем по лестнице. Максимальная сумма баллов, соответствующая полной независимости в повседневной жизни, равна 100. Шкалой удобно пользоваться как для определения изначального уровня активности пациента, так и для проведения мониторинга с целью определения эффективности ухода. Используется также индекс мобильности Ривермид, который может составлять от 0 (невозможность самостоятельного выполнения каких-либо произвольных движений) до 15 (возможность пробежать 10 метров).

Заключение. Таким образом, в острый период инсульта необходима оценка реабилитационного потенциала с дифференцированным применением различных шкал и индексов.

## **ВРАЧЕБНЫЙ КОНТРОЛЬ ЗА ФУНКЦИОНАЛЬНЫМ СОСТОЯНИЕМ И ФИЗИЧЕСКОЙ ПОДГОТОВЛЕННОСТЬЮ ШКОЛЬНИКОВ, ОБУЧАЮЩИХСЯ ПО СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫМ ПРОГРАММАМ**

**Бикчурин Н.М.**

**Казанский государственный медицинский университет  
Научный руководитель – д.м.н., проф. Тахавиева Ф.В.**

Целью нашего исследования явилось определение морфофункциональных параметров школьников, занимающихся в специализированной школе-интернате с углубленным изучением естественных наук (математика, физика, химия, биология, а также информатика) для интеллектуально одаренных учеников 7-11 классов.

Проводились следующие виды обследования: антропометрия, соматоскопия, определение уровня здоровья, функциональные пробы дыхательной, сердечно-сосудистой и вегетативной нервной систем.

В результате проведенного обследования было выявлено, что у большинства учащихся отмечается снижение функциональных возможностей сердечно-сосудистой и дыхательной систем. Лишь у 9% школьников была выявлена устойчивость вегетативной нервной системы. Также отмечалось нарушение осанки, плоскостопие и близорукость.

Все вышеизложенное диктует необходимость разработки специализированных реабилитационных программ, включения комплекса лечебной гимнастики в уроки физического воспитания, обучения школьников гимнастике для глаз и пальминга, а также введения дополнительных программ по тренировке кардио-респираторной системы.

## **ДИНАМИКА БОЛЕВЫХ, ВЕРТЕБРАЛЬНЫХ И РАДИКУЛЯРНЫХ ПОРАЖЕНИЙ У БОЛЬНЫХ С ВЕРТЕБРОГЕННЫМИ РАДИКУЛЯРНЫМИ ПОЯСНИЧНО-КРЕСТЦОВЫМИ ПОРАЖЕНИЯМИ НА РАЗЛИЧНЫХ ВЕРТЕБРАЛЬНЫХ УРОВНЯХ ПРИ ПРИМЕНЕНИИ ПОДВОДНОЙ ТРАКЦИИ**

**Шаронова М.Н.**

**Казанский государственный медицинский университет  
Научный руководитель – к.м.н., асс. Саковец Т.Г.**

Цель исследования – выявление особенностей течения болевых, вертебральных и радикулярных поражений при применении подводной тракции у больных с поражениями пояснично-крестцовых корешков на разных вертебральных уровнях.

Материал и методы. Больные с вертеброгенными пояснично-крестцовыми корешковыми повреждениями были обследованы в регрессионной стадии заболевания. Основная группа состояла из 12 больных (46,2%), контрольная группа – из 14 больных (53,8%). Вытяжение начиналось с груза в 5кг, в течение 5 мин. груз увеличивался до 10-15кг, в конце процедуры груз уменьшался до 0кг. Продолжительность процедуры 20-40 мин., курс лечения 8-10 процедур.

Результаты исследования. Торпидный регресс всех клинических проявлений не выявлялся при поражении невралических структур на уровне LIV-LV и одновременно LIV-LV, LV-SI в случае применения подводного вытяжения. У пациентов контрольной группы с повреждением корешков на указанных вертебральных уровнях торпидное течение клинических проявлений определялось в 35,3% случаев. Топидное течение вертебрального синдрома при регрессе радикулопатических и болевых нарушений при поражении корешков на уровне LIV-LV и радикулярном повреждении одновременно на уровнях LIV-LV, LV-SI у больных, которым не проводилась подводная тракция, не отмечалось. При повреждении корешков на указанных вертебральных уровнях у больных, которым назначалось подводное вытяжение, торпидное течение вертебрального синдрома при регрессе радикулярных и алгических проявлений определялось в 6,7% случаев. Вариант течения клинических проявлений с торпидным регрессом вертебральных нарушений при положительной динамике в отношении радикулярного и болевого синдрома у больных отмечался при поражении корешков на уровне LV-SI – в 10% случаев.

Заключение. Как показали полученные данные, необходимо дифференцированно применять подводную тракцию при лечении вертеброгенном поражении корешков на различном пояснично-крестцовом уровне.

## **АМБУЛАТОРНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ С ВЕСТИБУЛЯРНЫМ ГОЛОВОКРУЖЕНИЕМ**

**Гумерова Л. Р., Ситдилов Р. Ш.**

**Казанский государственный медицинский университет**

**Научные руководители - д.м.н., проф. Тахавиева Ф.В., к.м.н., доц. Шагивалиева Т. П.**

В настоящее время неспецифическое лечение вестибулярного головокружения делится на два этапа: в остром периоде используется в основном медикаментозная терапия, цель которой - уменьшение головокружения и сопутствующих ему вегетативных расстройств. Сразу по окончании острого периода переходят ко второму этапу лечения, основной целью которого является вестибулярная компенсация и скорейшее восстановление работоспособности больного. На сегодняшний день общепризнано, что основу лечения на этом этапе должна составлять вестибулярная реабилитация. Правильно и своевременно подобранная вестибулярная гимнастика улучшает равновесие и походку, предотвращает падения, уменьшает неустойчивость, субъективное ощущение головокружения и повышает повседневную активность больного.

На базе городской поликлиники №7 разработан комплекс реабилитации для пациентов с вестибулярным головокружением. Нами разработан алгоритм назначения средств лечебной физкультуры, физиотерапевтических методов лечения и элементов психорелаксирующей терапии для пациентов. До проведения комплекса восстановительного лечения проводилось обследование с использованием современных тестов на устойчивость стояния и равновесия, а также определение качества жизни. Занятия проводились 2 раза в неделю по 40 мин. В результате проведенного исследования отмечалось улучшение по всем исследуемым параметрам.

## **ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОТЫ РЕАБИЛИТАЦИОННОЙ ПОМОЩИ НА УРОВНЕ СРЕДНЕГО МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА БОЛЬНЫМИ С ТРАВМАМИ ВЕРХНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ**

**Горшунова Ю. Н.**

**Казанский государственный медицинский университет**

**Руководитель – д.м.н., проф. Р.А. Алтунбаев**

Цель работы. Обучение среднего медицинского персонала формам реабилитационной помощи больным с травмами верхних конечностей на примере работы травматологического отделения ГАУЗ «Городской поликлиники №17».

Введение. Реабилитация травматологических больных начинается с первых минут обращения в травматологическое отделение. Средний медперсонал на этапе наложения гипсовой повязки обязан объяснить больному, что в момент иммобилизационного периода больному уже необходима лечебная гимнастика, соблюдение определенной диеты, с повышенным содержанием кальция. Медицинские сестры должны обучаться основам реабилитационных мероприятий в отделениях травматологического профиля.

Результаты. Разработана обучающая программа для медицинских сестер по методам профилактической и лечебной работы с пациентами с травмами верхних конечностей

Обучающая программа для среднего медперсонала сопровождается информационно-содержательным обеспечением: созданием информационного блока данных с разработкой обучающих уроков для медсестер отделения, лекций, бесед и другой информации для родственников пациентов, инструктажей, информации, выступлений и бесед для пациентов. Основные направления программы: профилактика травм верхних конечностей, реабилитация в первом иммобилизационном периоде, реабилитация во втором постиммобилизационном периоде.

В травматологического отделения ГАУЗ «Городской поликлиники №17» 15 человек среднего медицинского персонала. Всем было предложено ответить на вопросы обучающих занятий для проверки базисных знаний. Затруднение вызывали вопросы, где требовалось ответить какие упражнения показаны для каждого периода лечения травм и какие особенности работы с травматологическими больными. Несмотря на то, что у всех медсестер большой опыт работы в травмпункте, у 12 из них высшая квалификационная категория, у 3 медсестер первая квалификационная категория и каждая из них профессионал своего дела. Были проведены три занятия в течение месяца и в конце последнего занятия 98% медсестер ответили на все вопросы.

Заключение. Таким образом, разработанная обучающая программа эффективна в организации реабилитационного процесса с активным участием среднего медперсонала травматологического отделения амбулаторно-поликлинического уровня.

## **КОМОРБИДНОСТЬ И ПРОГРАММЫ ОЗДОРОВИТЕЛЬНОЙ ГИМНАСТИКИ**

**Гилфанова А.А., Яковлева А.П.**

**Казанский государственный медицинский университет**

**Руководитель – доц. А.Т. Файзулдинова**

Цель: проанализировать спектр коморбидной (сочетанной) патологии среди различных возрастных групп населения для создания дифференцированных комплексов оздоровительной гимнастики.

Материалы и методы: анализ данных литературы, демографических показателей.

Результаты: распространенность патологии в группах лиц моложе и старше 20 лет составила: сердечнососудистой патологии – 9% и 30%, патологии бронхолегочной системы – 67% и 24%, нарушений опорно-двигательной системы – 17% и 18%, нарушения зрения – 20% и 11%. Предложены и апробированы дифференцированные по возрасту и спектру коморбидной патологии комплексы оздоровительных упражнений, включающие специальные упражнения (с учетом выявленной патологии) и общеразвивающие упражнения (динамические на выносливость и силовые).

Выводы: коморбидная патология часто регистрируется среди различных групп населения и имеет различный спектр среди лиц различного возраста. В группах лиц моложе 20 лет необходимо уделять повышенное внимание профилактике сочетания патологии бронхолегочной системы и нарушения зрения. В старших возрастных группах наиболее актуальным является присоединение сердечнососудистой патологии. Предложенные дифференцированные комплексы упражнений будут способствовать оздоровлению и профилактике прогрессирования имеющейся патологии.

# ГИГИЕНА

## "ДЕТСКОЕ" ПИТАНИЕ

**Фаезова А.Г., Петрова Р.Б.**

**Казанский государственный медицинский университет  
Научный руководитель – к.м.н., ст. преп. Тухватуллина Л.Р.**

Целью работы является изучение безопасности детского питания, представленного на рынке России.

Начало 90-х годов является настоящей революцией в области искусственного вскармливания ребенка. Продукция промышленного производства стало неотъемлемой частью рациона для питания детей различных возрастов. На данный момент в России на искусственном вскармливании находятся около 70% младенцев. Это значит, что здоровье российских детей зависит от того, насколько качественной будет эта «искусственная» еда.

Нами изучена структура представленных на рынке России производителей детского питания, их ассортиментное разнообразие, оформление этикеток и др. путем мониторинга торговых центров г.Казани, материалов печатных и электронных изданий, аналитических обзоров рынка и сведений, находящихся в свободном доступе в сети Интернет. Был проведен анализ некоторых продуктов на содержание витаминов и др.компонентов, указанных на этикетках.

Выводы: более 75% производителей – зарубежные фирмы, подавляющее большинство видов детского питания, те которые не требуют длительного приготовления и термической обработки. Содержание и оформление этикеток в некоторых случаях не соответствовали требованиям нормативной документации, в составе детских смесей входили ГМО, запрещенные пищевые добавки, количество витаминов не соответствовало заявленным величинам.

## ВЛИЯНИЕ КАЧЕСТВА ПИТЬЕВОЙ ВОДЫ НА ПОКАЗАТЕЛИ ЗДОРОВЬЯ ЧЕЛОВЕКА

**Шанбаева А.Б.**

**ОА «Медицинский университет Астана»  
Научный руководитель – к.м.н., доц. Абдулдаева А.А.**

Актуальность: Одной из приоритетных государственных задач в повышении качества жизни человека является обеспечение населения чистой питьевой водой. Обеспечение населения питьевой водой нормативного качества и в достаточных количествах – одна из важнейших приоритетных проблем, решаемых в настоящее время в каждой стране. Доброкачественная питьевая вода и здоровье населения – понятия взаимосвязанные. Ведь известно, что возросшие за последние десятилетия биологические (бактериальные, вирусные, паразитные) и токсические загрязнения хозяйственно-питьевых водоемов – источников отразились повышением уровней детской и взрослой инфекционной кишечной, паразитарной и неинфекционной, в том числе онкологической, генетической, аллергической заболеваемости.

Существует масса факторов, влияющих на качество воды, и со временем эти факторы могут меняться, т.к. в природе все довольно изменчиво и постоянных факторов просто не существует, тем более, если на природу активно воздействует человек.

Использование для водоснабжения подземных вод, более защищенных от различных химических и биологических загрязнений, – общемировая тенденция. Несомненно, с учетом нарастающего потока антропогенных загрязнителей, это усложняет задачу обеспечения населения доброкачественной питьевой водой с помощью общепринятой технологии водоподготовки, включающей реагентную обработку, осаждение (или осветление воды), фильтрование и окислительное обеззараживание хлорированием или озонированием.

Цель: Исследование качества питьевой воды на показатели здоровья человека.

Материалы и методы: исследование проводилось в 2 этапа.

1 – этап. Был собран теоретический материал по теме исследования.

2 – этап. Проводилась гигиеническая оценка качества питьевой воды в селе Караозек. Село Караозек расположено в живописной местности, в трассе 12 км от трассы Астана-Кокшетау. В селе 173 двора и 123 колонки. В среднем глубина колонок 10-14 метров. Был сделан забор воды из 5 колонок по разным улицам села.

Результаты:

1. В результате лабораторного исследования в селе Караозек были обнаружены значительные изменения в составе воды из каждой колонки. Все произведенные пробы не соответствовали стандартам качества воды.
2. У колодезной воды выявлен наибольший показатель взвешенных частиц и pH среды (в пределах нормы).

## ГИГИЕНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ДЕТСКИХ ОДНОРАЗОВЫХ ПОДГУЗНИКОВ

**Бартова Н.А, Гапсаламова Р.А.**

**Казанский государственный медицинский университет  
Научный руководитель – к.м.н., доц. Габидуллина С.Н.**

Цель работы: оценка гигиенических знаний и навыков родителей при выборе и использовании одноразовых подгузников.

Объектом изучения стали 35 женщин от 18 до 40 лет.

Большинство опрошенных женщин предпочитают использовать одноразовые подгузники, в связи с удобством их применения и большим комфортом для ребенка. В ходе исследования было выяснено, что приверженность к подгузникам зависит от возраста матери и количества детей в семье на момент родов. Молодые мамы и первородящие, чаще используют одноразовые подгузники, чем мамы старшего возраста и женщины со вторым или третьим ребенком.

Современный рынок одноразовых подгузников чрезвычайно разнообразен, и к ним предъявляется ряд определенных требований. Детский подгузник не должен вызывать аллергии, опрелости, покраснения, должен хорошо и быстро поглощать большие объемы жидкости, оставляя кожу ребенка сухой. Поверхность самого подгузника в зонах контакта с кожей ребенка, так же должна оставаться сухой. Подгузники должны хорошо фиксироваться на теле ребенка, не ограничивать движение, не жать, не сползать, не вызывать потертости и быть очень мягкими. Подгузники подбираются индивидуально каждому ребенку.

Положительными качествами одноразовых подгузников является то, что кожа ребенка не контактирует с мочой, что уменьшает вероятность возникновения пеленочного дерматита. Но подгузник не может удерживать безмерное количество мочи. При полностью заполненном подгузнике возникает «парниковый эффект», в результате чего могут образоваться



определенности, воспалительные явления на коже. Даже сухие и незаполненные мочой подгузники удерживают, хоть и незначительно, тепло, что нарушает тепловой обмен в организме.

Менять подгузники необходимо через каждые 3-4 часа, а после сразу же следует подмыть ребенка и оставить на некоторое время обнаженным – сделать небольшую воздушную ванну. Естественные складки кожи два раза в день смазываются кремом для ухода за детской кожей или детским маслом. Нельзя пользоваться подгузниками, если у малыша высокая температура, если на улице жаркая погода, если у ребенка диарея или заболевания кожи. Надевать подгузники следует на прогулку или на поход к педиатру, в остальное время желательно их не носить.

## **РЕЖИМ ДНЯ КАК ОСНОВА ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ СТУДЕНТОВ**

**Идрисова А.Р., Шарипова Д.М., Ситдикова А.Т.**  
**Казанский государственный медицинский университет**  
**Научный руководитель – к.м.н., доц. Габидуллина С.Н.**

Учеба в ВУЗе сильно отличается от учебы в школе: количество информации для изучения возрастает в разы, к тому же меняется способ ее подачи и увеличивается объем материала для самостоятельного изучения. В итоге нагрузка на еще не сформировавшийся организм возрастает, особенно если студент еще и работает.

Целью нашей работы стала оценка основных режимных моментов в жизни студента и их воздействие на состояние здоровья. Объект исследования – 50 студентов-медиков в возрасте 19-23 года.

Основные задачи исследования: оценка основных режимных моментов в жизни студента, оценка расписания, изучение субъективных данных о самочувствии студентов и оценка работоспособности в течение учебной недели.

Методы исследования: анкетирование и оценка работоспособности с помощью корректурных таблиц.

В процессе исследования было выявлено, что 50% студентов начинают свой день с 6 утра и ложатся спать в 1-2 часа ночи. Большинство из них (44 %) после пробуждения чувствуют себя сонливыми и уставшими. У многих не регулярный режим питания, в связи с чем часты жалобы на расстройство пищеварения. В среднем студенты тратят на подготовку к занятиям около 4 часов. Прибывают на свежем воздухе 0,5-1 час (46%). 88% студентов не посещают спортивные секции. 16% студентов работают. К концу учебной недели чувствуют себя вялыми и разбитыми 30%, сонливыми и уставшими 28%.

Рациональный режим дня - необходимый элемент здорового образа жизни. При правильном и строго соблюдаемом режиме вырабатывается четкий и необходимый ритм функционирования организма, что создает оптимальные условия для учебы и отдыха, и тем самым способствует укреплению здоровья, улучшению работоспособности и повышению производительности труда. Если не соблюдать распорядок дня, не оставлять время на отдых, то могут наблюдаться изменения со стороны здоровья: падение давления, головокружение, слабость, сонливость и пр. В распорядок дня, помимо учебных занятий, необходимо включить утреннюю гимнастику, прогулки на свежем воздухе, 3-4 приема пищи, занятия спортом, а на сон оставлять не менее 7 часов.

## **ГИГИЕНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПРОФИЛАКТИКИ ГИПОДИНАМИИ У БЕРЕМЕННЫХ**

**Ахметзянов А.Ш.**  
**Казанский государственный медицинский университет**  
**Научные руководители – д.м.н., доц. Рашитов Л.З., асп. Мавлютова Г.Х.**

Научно-технический прогресс, урбанизация населения, развитие машиностроительной, в частности автомобильной индустрии, приводит к малоподвижному образу жизни – гиподинамии. Это болезнь XXI века, которое сказывается на здоровье будущей мамы и плода. Беременность — это не только вынашивание будущего ребенка, но и подготовка к предстоящим родам, которые являются тяжелой физической работой.

Цель: изучить условия возникновения и профилактики гиподинамии у беременной женщины и плода, влияние на течение беременности, процессы родов и послеродовый период.

Методы исследования: анкетирование беременных и рожениц, статистический метод, контент-анализ.

Полученные результаты: в настоящее время доказано, что новорожденные, чьи матери занимались во время беременности лечебной гимнастикой, по физическому развитию и двигательным навыкам заметно опережают своих сверстников, мамы которых предпочитали малоподвижный образ жизни. За счет двигательной активности матери обеспечивается развитие вестибулярного аппарата младенца. К тому же вместе с будущей мамой занимается физкультурой и будущий ребенок. Гиподинамия во время беременности способствует патологическому нарастанию массы тела, нарушению функции кишечника (запорам, которые приводят к образованию геморроидальных узлов), слабости родовой деятельности, варикозному расширению вен нижних конечностей и другим осложнениям. Учеными установлено, что избыточное увеличение веса в период вынашивания плода вредно для здоровья самой женщины и еще не родившегося малыша. Лишние килограммы беременной женщины увеличивают риск развития преэклампсии, патологии в родовой и послеродовой период. Кроме того, в будущем увеличивается вероятность развития у ребенка детского ожирения.

Вывод: результаты проведенного исследования показывают, что значительная часть беременных и рожениц не имели достаточных знаний по профилактике гиподинамии, и как следствие, течение беременности и родов характеризовалось формированием родовой слабости, клиническим проявлением заболеваний и ухудшением показателей здоровья матери и плода.

## **ОЦЕНКА ОНКОЛОГИЧЕСКОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ НАСЕЛЕНИЯ САРАТОВСКОЙ ОБЛАСТИ**

**Сергеева Е.С., Идрисов Р.Р.**  
**Саратовский государственный медицинский университет**  
**Научный руководитель – к.м.н., доц. Сергеева Е.С.**

Цель: провести оценку и анализ онкопатологии среди жителей Саратовской области.

Мониторинговые исследования и анализ медицинской статистики изучаемую патологию определяют одной из главных в структуре заболеваемости населения современного общества.

В Саратовской области, в последние годы наблюдается рост числа онкологических заболеваний, что также соответствует общероссийским и мировым тенденциям. В области на учете состоит более 60 тыс. человек, из них 5 и более лет 57,0%. Диагностика онкопатологии более чем в 60% случаев на ранних стадиях.

Наиболее высокий уровень заболеваемости (на 100 тыс. населения) определяется в: Духовницком (526,8), Балаковском (464,8) районах, г.Саратове (463,4), Петровском (457,8), Базарнокарабулакском (447,2) районах. Анализ структуры заболеваемости населения области по полам неодинаков. На протяжении ряда лет женщины составляют около 53%, мужчины около 46% заболевших. Наиболее частые новообразования у мужчин: легкого 21,2%, кожи 11,7%, предстательной железы 9,1%; у женщин: рак молочной железы 21,0%, кожи 17,6%, тела матки 8,1%.

Саратовская область по уровню заболеваемости среди регионов РФ занимает 13 место, по Приволжскому Федеральному округу (ПФО) – 3 место. Отмечается снижение уровня первичной заболеваемости злокачественными новообразованиями населения области (в 2011 году на 1,8%).

Оценка показателя смертности при онкозаболеваниях выделила территории области с наиболее высокими значениями, превышающими средние по области: Петровский, Хвалынский, Балтайский, Балаковский, Краснокутский районы. Тем не менее, показатель смертности снижается более быстрыми темпами чем, в среднем, по России. Так, за 10 лет смертность по области снизилась на 18,3%, а по РФ - на 8,5%. По показателям смертности область по РФ – 47 место, по ПФО – 8 место.

Анализ локализации патологического процесса при летальном исходе: легкие - 18,0%, желудок - 11,1%, молочные железы - 9,7%. Рак желудка и рак молочной железы становятся все более частой причиной смерти.

Рост заболеваемости жителей области в определенной степени связан с улучшением диагностики, профилактическими мероприятиями и диспансеризацией населения.

## **ИОНИЗИРУЮЩЕЕ ИЗЛУЧЕНИЕ, ОСНОВНЫЕ ЭФФЕКТЫ И МЕХАНИЗМЫ ВОЗДЕЙСТВИЯ НА ОРГАНИЗМ ЧЕЛОВЕКА**

**Мавлютова Р.А.**

**Казанский государственный медицинский университет**

**Научный руководитель – д.м.н., доц. Рашитов Л.З.**

Ионизирующее излучение – одно из уникальных явлений окружающей среды, последствия от воздействия которого на организм совершенно неэквивалентны величине поглощаемой энергии. Величина поглощенной энергии радиоактивного излучения, при которой наступает заметный биологический эффект, незначительна. Невелико и число ионизированных молекул в биологических тканях даже при смертельных дозах.

Цель: определить основные эффекты ионизирующего излучения и механизмы воздействия на организм человека.

Методы: контент-анализ имеющихся литературных источников.

Полученные результаты: Первичное действие радиации любого вида на любой биологический объект начинается с поглощения энергии излучения, что сопровождается возбуждением молекул и их ионизацией. Вторичное действие — действие свободных радикалов, возникающих в результате ионизации, создаваемой излучением в жидких средах организма и клеток, что обладает большим биологическим действием, чем проникновение самого ионизирующего излучения или вещества. Развиваются реакции, при которых отмечаются деструкция, а также образование новых, не свойственных организму соединений. На последующих этапах возникает изменение обмена веществ на фоне нейрогуморальной реакции на развитие нарушений. После действия излучения на организм в зависимости от дозы излучения могут возникать радиобиологические эффекты детерминированного и стохастического характера.

Регистрируемые стохастические эффекты можно разделить на эффект естественного радиационного фона, эффект малых доз и эффект больших доз.

В последнее время достаточно активно обсуждается вопрос о благоприятном воздействии ультрамалых доз облучения - теория радиационного гормезиса. Этот постулат не имеет достаточно значимых эмпирических подтверждений, что обосновывает использование на практике линейно-квадратической модели, основанная на предположении, что любое воздействие ионизирующего излучения, в том числе и самая малая доза, носит предположительно неблагоприятное воздействие.

## **ГИГИЕНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ИЗУЧЕНИЯ ВОЗДЕЙСТВИЯ МАЛЫХ ДОЗ ИОНИЗИРУЮЩЕГО ИЗЛУЧЕНИЯ НА ОРГАНИЗМ ЧЕЛОВЕКА**

**Мавлютова Г.Х.**

**Казанский государственный медицинский университет**

**Научный руководитель – д.м.н., доц. Рашитов Л.З.**

Оптимизация лучевого воздействия и снижение до возможного низкого уровня облучения населения являются приоритетным направлением развития гигиенической науки.

К началу шестидесятых годов выяснилось, что многочисленные облучения могут сказаться не сразу, а через несколько (иногда несколько десятков) лет. Этот так называемый латентный (скрытый) период оказывается разным для разных видов рака, для нарушений кровообращения, шизофрении, катаракты и других заболеваний, вызываемых радиацией.

Цель исследования: изучить влияние малых доз ионизирующего излучения на организм человека.

Методы исследования: контент-анализ имеющихся данных об эффектах малых доз ионизирующего излучения.

Полученные результаты: Малые дозы облучения, относящиеся к области стохастических эффектов, ввиду накопления воздействия в организме с интервалом времени часто приводят к возникновению раковых и иных заболеваний приносящих значительный ущерб экономике страны.

Эффект нарастает при низких дозах, достигая максимума (низкодозового), затем снижается и потом с увеличением дозы вновь нарастает. Величина низкодозового максимума и доза, при которой он достигается, зависит от природы изучаемого объекта и мощности дозы. Общей закономерностью дозовых зависимостей является смещение максимума в область более низких доз при уменьшении интенсивности облучения.

В канцерогенезе различают разные функции облучения, а именно — для низких доз облучения главное — промотирующая функция облучения, для высоких — индуцирующая или же разное соотношение между системами восстановления и повреждения при низких и высоких дозах.

Закключение: низкоинтенсивное облучение, эффект малых доз — это принципиально новые пути воздействия облучения на живые объекты, новые механизмы изменения клеточного метаболизма. Большинство эффектов не прямо индуцировано облучением, а опосредовано через систему регуляции, через изменение иммунного и антиоксидантного статусов организма, чувствительности к действию факторов окружающей среды.

## **СБОР, УДАЛЕНИЕ И ПЕРЕРАБОТКА ОТХОДОВ БОЛЬШОГО ГОРОДА**

**Валеева Р.Р., Латыпова А.А.**

**Казанский государственный медицинский университет**

**Научный руководитель – к.м.н., ст. преп. Тухватуллина Л.Р.**

**Руководитель - ст. преподаватель кафедры общей гигиены с курсом радиационной гигиены, к.м.н. Тухватуллина Л.Р.**

Цель работы: изучить современное состояние вопросов утилизации твердых бытовых отходов (ТБО) в г.Казани.

Задачи: -исследовать существующие способы сбора, хранения, утилизации ТБО и возникающие при этом проблемы

-выдвинуть свое собственное видение проблемы

Актуальность: одной из основных экологических проблем урбанизации в России является увеличивающаяся в городах концентрация ТБО, преимущественно в виде открытых свалок, занимающих огромные территории.

К ТБО относятся отходы сферы потребления, образующиеся в результате бытовой деятельности населения, в жилых зданиях, включая отходы от текущего ремонта квартир, отходы продуктов сгорания в устройствах местного отопления, смет, опавшие листья, собираемые с дворовых территорий и крупногабаритные предметы домашнего обихода. Общество многих развитых стран превратилось в «общество потребления», где количество «необходимых» вещей неизмеримо возросло.

Серьезной проблемой г.Казани и ее пригорода являются несанкционированные свалки, которые никому не принадлежат и за состояние которых никто не отвечает. В целях снижения загрязнения окружающей природной среды вместо открытых свалок строят полигоны для ТБО, аналогичные тем, которые эксплуатируются во многих городах России. Средства на сбор и вывоз ТБО собираются с населения в виде оплаты услуг. Расходы на переработку и захоронение возмещаются за счет городского бюджета. Оплата сбора, удаления и обезвреживания отходов предприятий, организаций и частных предпринимателей производится за счет образователя отходов.

Изучая данную проблему можно сделать вывод о том, что в настоящее время в России понятие "санитарная очистка" предусматривает лишь выполнение гигиенических требований, предъявляемых к устройству и эксплуатации установок и сооружений, предназначенных для сбора, временного хранения, транспортировки, обезвреживания и утилизации твердых бытовых отходов. Считаем, что проблема утилизации отходов должна решаться на месте их образования путем внедрения ресурсозобновляющих технологий (РВТ), обеспечивающих минимизацию твердых бытовых отходов. Должны быть разработаны мероприятия, выполнение которых позволит повысить эффективность функционирования системы сбора и переработке ТБО и улучшить экономические, экологические и социальные характеристики территории.

## **СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ЛЕСНЫХ РЕСУРСОВ В ОРШАНСКОМ РАЙОНЕ РЕСПУБЛИКИ МАРИЙ ЭЛ**

**Ефремова А.И.**

**Казанский государственный медицинский университет**

**Научный руководитель – к.м.н., ст. преп. Тухватуллина Л.Р.**

Цель работы: изучить влияние антропогенных, биотических и абиотических факторов на состояние лесов в Республике Марий Эл.

Методы исследования: наблюдение, работа с документацией, научной и публицистической литературой.

Был проведен сравнительный анализ состояния лесов в Республике Марий Эл за 2009-2013 года на основании собственных наблюдений, сведений, полученных из доступной научной и публицистической литературы, учетно-отчетной документации Центра защиты леса Республики Марий Эл, бесед с сотрудниками Оршанского лесничества.

Из экологических факторов, повреждающих лесной фонд Оршанского лесничества, приводящих к усыханию насаждений, ведущими являются лесные пожары, неблагоприятные погодные условия, грибковые и бактериальные болезни и дендрофильные насекомые.

За анализируемые годы лесные пожары, от которых пострадала республика Марий Эл, не затронули лесов Оршанского лесничества. Из дендрофильных насекомых, причиняющих вред наиболее ценным хвойным породам и снижающих их ценность, наиболее значимым для лесов Республики Марий Эл является жук короед-топограф.

Аномально сухая и жаркая летняя погода привела к ослаблению еловых лесов, появлению сухостоя, способствовала размножению жука-короеда. Были проведены все необходимые меры по борьбе с данным вредителем: удаление заселенных деревьев перед вылетом из них нового поколения, снятие коры древесины и вывоз из леса, сжигание и утилизация коры, выкладывание ловчих деревьев.

Лесозащитные мероприятия заключаются в проведении лесопатологических обследований, на их основании назначают санитарно-оздоровительные мероприятия, очистку от захламленности, сплошную и выборочную санитарную рубку, устройство почво-заградительных канав. Срубленные деревья подлежат обработке ядохимикатами. Из биологических методов борьбы с вредителями применяются развешивание гнездовий для птиц, поедающих личинок и гусениц, проводят почвенные раскопки на зараженность личинками майского жука, расселение насекомых-энтомофагов.

Ежегодно на территории Оршанского лесничества высаживают 18 гектаров березы и ельника, взаимно меняя их местами произрастания.

Изучение влияния антропогенных факторов (хищническая вырубка, загрязнение воздушного бассейна и другие) на состояние лесов Республики Марий Эл планируется в будущих наших работах.

# ГИГИЕНА ПИТАНИЯ, ГИГИЕНА ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

## МОНИТОРИНГ НЕКОТОРЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ШКОЛЬНИКОВ Г. НИЖНЕГО НОВГОРОДА (1980-2012 ГГ.)

**Киселева А.С., Ковальчук С.Н.**  
**Нижегородская государственная медицинская академия**  
**Научный руководитель – д.м.н., проф. Богомолова Е.С.**

Необходимость мониторинга показателей роста и развития детей и подростков обусловлена ухудшением физического развития, физической подготовленности и состояния здоровья при обучении в современных образовательных учреждениях.

Цель исследования: оценка динамики роста и развития школьников (1980-2012 гг.) и выявление современных тенденций физического развития

Методы исследования: для анализа показателей физического развития использованы данные антропометрического обследования 3042 школьников в 1980 г., 4041 - в 1992 г., 4999 - в 2002 г. и 3034 - в 2012 г. Физическое развитие школьников изучалось генерализирующим методом с использованием унифицированной антропометрической методики.

Результаты: длина тела (ДТ) школьников 2012 г. превышает ДТ их сверстников 1980 г.: мальчики выше на 2,0-5,0 см, девочки - на 1,1-3 см. К 1992 г. у школьников отмечалось снижение массы тела (МТ), но в 2002 и 2012 гг. выявлено её возрастание на 1,2-7,1 кг у мальчиков и на 0,5-4,7 кг - у девочек.

Показатели жизненной емкости легких (ЖЕЛ) по сравнению с 1980 г. во всех возрастных группах мальчиков возросли на 0,1-0,78 л, девочек - на 0,1-0,25 л.

Значения показателей динамометрии современных школьников ниже, чем их сверстников 1980 г.: мальчики слабее на 4,2-6,9 кг, девочки - на 4,2-5,8 кг.

Отмечается значительное повышение систолического артериального давления (САД) у современных детей в сравнении с исследованиями 90-х гг.: САД у мальчиков в 2012 г. выше на 6,8-12,8 мм рт.ст., у девочек - на 7,3-12,2 мм рт.ст.

Значения диастолического артериального давления (ДАД) также возросли: у мальчиков - на 3,5-10,1 мм рт.ст., у девочек - на 3,6-11,1 мм рт.ст.

Во всех возрастно-половых группах отмечается увеличение частоты сердечных сокращений (ЧСС) по сравнению с 1980 г.: у мальчиков - на 3,4-7,9 уд/мин, у девочек - на 2,6-8,4 уд/мин.

Заключение: Возрастание ЖЕЛ при увеличении ДТ и МТ свидетельствует о наличии синдрома хронической гипоксии у жителей крупных промышленных центров, а увеличение САД, ДАД и ЧСС является проявлением вегетативной дисфункции в результате напряжения адаптационных ресурсов организма в современных условиях обучения.

## ПРОФИЛАКТИКА НАРУШЕНИЙ НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ШКОЛЬНИКОВ

**Костина М.В., Симкина А.Ю.**  
**Нижегородская государственная медицинская академия**  
**Научный руководитель – к.м.н., доц. Ашина М.В.**

Рост распространенности нервно-психических нарушений и заболеваний среди школьников обусловлен рядом факторов: стресс, учебные и эмоциональные нагрузки, неправильный режим дня и др. Охрана психического здоровья школьников является важнейшей медико-социальной задачей общества.

Цель исследования: изучение заболеваемости психическими расстройствами и болезнями нервной системы среди школьников и разработка системы профилактических мероприятий.

Методы исследования: проанализированы результаты углубленных медицинских осмотров учащихся школ г. Нижнего Новгорода. Провели сравнение данных, полученных в авторской школе с новыми педагогическими технологиями, и среднегородских данных.

Результаты: среди учащихся авторской школы преобладают психические расстройства и расстройства поведения (513,7‰, против 437,9‰ - по классу нервных болезней), тогда как в остальных школах по городу преобладают заболевания нервной системы (305,4‰ и 414,4‰ соответственно).

В структуре заболеваемости среди выявленных психических расстройств преобладают кусание ногтей (у мальчиков - 238,1‰, у девочек - 241,5‰),

нарушения активности и внимания (у мальчиков - 214,29‰, у девочек - 94,34‰), стереотипные двигательные реакции (у мальчиков - 38,1‰, у девочек - 45,28‰).

По классу болезней нервной системы лидируют расстройства вегетативной нервной системы (у мальчиков - 309,52‰, у девочек - 407,55‰), инсомния (мальчики - 57,14‰, девочки - 64,15‰).

Заключение: уровень заболеваемости по изучаемым классам болезней в авторской школе выше среднегородского, что обусловлено интенсификацией учебного процесса, хроническим школьным стрессом, высокой учебной нагрузкой, нарушением режима дня. Предложена система профилактических мероприятий.

## ПИТАНИЕ СТУДЕНТОВ АО "МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ АСТАНА"

**Абдулдаева А.А., Досжанова Г.Н., Ахметова К.М.**  
**ОА «Медицинский университет Астана»**  
**Научные руководители – к.м.н., доц. Абдулдаева А.А., д.м.н., проф. Даленов Е.Д.**

Здоровое питание обеспечивает нормальный рост и развитие детей, высокий уровень умственной и физической работоспособности, продление жизни, профилактику заболеваний и социально-экономическое развитие страны.

Поступление в вуз влечет за собой для большинства студентов изменение жизненных стереотипов, режима и качества питания, а часто и смену места проживания, следствием чего является необходимость в адекватном приспособлении к новым санитарно-гигиеническим, психологическим, климатогеографическим и иным непривычным средовым факторам.

Цель: Изучить пищевой статус и разработать режим питания студентов в зависимости от времени года.

Материалы и методы изучения: В исследование приняло участие 176 студентов с I по VI курс следующих факультетов: общая медицина, общественное здравоохранение, лечебный и медико-профилактический факультеты.

Результаты: Рацион фактического питания исследованных студентов в трех сезонах (осень, зима, лето) меньше нормы 2200-2500 ккал. Этот недостаток находится в пределах от 158 ккал до 563 ккал. В течении всего года отмечается некоторое

дефицитное состояние углеводов калорий: осенью 52,81%, зимой 51,23%, весной 49,16%, а летом уровень приближался к норме и составил 54,80%.

Белки в течении всего года находились в пределах рекомендуемой нормы, при этом необходимо отметить снижение квоты белков животного происхождения в осенний и в летний периоды. Общее количество жиров и жировых калорий составили осенью 33,56%, зимой 34,33%, весной 36,88% и летом 31,78%, при этом количество холестерина находится в пределах не более 300 мг. Содержание пищевых волокон в течении года находилось в интервале от 5,507 до 7,947, что составило 22,02% в летний период и 31,78% в зимний период, от рекомендуемой нормы 25-35 мг.

Заключение: В течении всего года отмечается дефицит углеводов калорий от рекомендуемых ФАО/ВОЗ/УООН. Белки на протяжении всего года находились в пределах рекомендуемой нормы, за исключением осеннего и летнего сезонов, где отмечается нижняя граница нормы. Возможно, это связано с некоторым дефицитом углеводов калорий в организме, когда в качестве энергетического топлива расходуются белки. Выявлен недостаток пищевых волокон в рационах питания студентов в 3 раза и более (4,5 раза).

## **ОСОБЕННОСТИ ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ СТУДЕНТОВ КАЗАНСКОГО ГМУ**

**Шолина Н.В., Бакирова Д.Р., Зиятдинов А.И.**  
**Казанский государственный медицинский университет**  
**Научный руководитель – д.м.н., проф. Мингазова Э.Н.**

Целью нашего исследования явилось изучение особенностей физического развития студентов Казанского ГМУ с учетом изменения данных показателей в динамике обучения.

Методы исследования: гигиенический, клинико-статистический. Использован метод антропометрических измерений, метод оценки физического развития по шкалам регрессии и метод оценки состава тела – биоимпедансометрия.

Полученные результаты: На основе проведения антропометрических исследований были получены показатели длины и массы тела студентов различных факультетов КГМУ. Оценка физического развития проводилась с распределением студентов по группам физического развития: нормальное физическое развитие, с отклонениями в физическом развитии и низкий рост.

Было выявлено, что в динамике обучения продолжают увеличиваться показатели длины и массы тела студентов, что свидетельствует о незавершенности процессов роста и развития организма юношей и девушек. Так, длина тела девушек за период обучения увеличивается лишь на 0,65 см (с  $164,97 \pm 0,38$  до  $165,15 \pm 0,54$ ), масса тела – фактически не меняется (с  $55,94 \pm 0,44$  до  $55,87 \pm 0,73$ ). У студентов-юношей динамика показателей физического развития была иная. За период обучения в университете длина тела юношей достоверно изменилась - увеличилась на 4,24 см. Масса тела у юношей студентов составила:  $65,20 \pm 0,89$  кг у 17-18-летних (1-2 курс),  $72,11 \pm 0,95$  кг у 19-20-летних (3-4 курс),  $72,76 \pm 0,82$  кг у 21-22-летних ( $P < 0,01$ ). Повышение массы тела за период учебы в университете у них составило 7,56 кг.

Сравнительный анализ результатов исследований физического развития студентов, проведенный в 1998 и 2013 годах выявил изменения в средних значениях роста-весовых показателей.

Заключение. В результате проведенного исследования выявлены современные особенности в показателях физического развития студентов, которые необходимо учитывать при проведении лечебно-профилактических мероприятий.

## **ВЛИЯНИЕ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО ОБУЧЕНИЯ ШКОЛЬНИКА НА КОНЦЕПЦИЮ ФОРМИРОВАНИЯ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ**

**Гомзина Е.Г., Титова С.А.**  
**Казанский государственный медицинский университет**

Формирование здорового образа жизни является неотъемлемой частью профилактических мероприятий по предупреждению развития заболеваний среди детей. По данным официальной статистики состояния здоровья детей в России ухудшается. В связи с этим особую актуальность приобретает профилактическое направление работы — формирование здорового образа жизни через школу, который является единым доступным каналом, воздействуя не только на ребенка, но и на его окружение.

Цель работы: определить информированность школьников 15-16 лет о здоровом образе жизни.

Методы исследования: социально-гигиенический, статистический.

В результате анализа данных анкетирования, проведенного среди учащихся, на вопрос о содержании понятия «Здоровый образ жизни» преобладают такие варианты ответов как: отказ от вредных привычек, рациональное питание, соблюдение режима дня, занятие спортом, правила личной гигиены. При этом превалирует мнение о необходимости придерживаться здорового образа жизни в 60% случаев, 32% отмечают, что это важно, не считают главным в жизни этот аспект 8% респондентов. Среди причин мешающих вести здоровый образ жизни превалирует нехватка времени и отсутствие воли и упорства. Также опрос позволил выявить следующее: 82% школьников оценивают свое здоровье, как хорошее (72%), удовлетворительное 20% и 8% слабое. Ежегодный осмотр проходят 12% школьников, 2-3 раза в год 34%, а редко 54%. Среди школьников 32% придерживаются здорового питания, 44% - иногда. Более 50% школьников занимаются спортом регулярно, а 44% принимают участие в спортивных играх. Наиболее популярными являются игровые виды спорта, танцы и легкая атлетика. Обращает на себя внимание подверженность детей стрессовым воздействиям — 56% опрошенных отмечают стрессовое состояние, связывая его с проблемами в учебе, семье и одиночеством. Основные знания о здоровом образе жизни подростки получают во время школьных занятий, в меньшей степени интернет и средства массовой информации.

Таким образом, профилактическая работа по формированию здорового образа жизни среди школьников является актуальной и необходимой, при этом форма изложения материала наиболее доступна в виде бесед и лекций.

## **ПОЛУВЕКОВОЙ ТРЕНД ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ Г. КАЗАНИ**

**Бакирова Д.Р., Имамов Л.А., Беякова Е.В.**  
**Казанский государственный медицинский университет**  
**Научный руководитель – д.м.н., проф. Мингазова Э.Н.**

Цель исследования: оценить достоверность изменений среднеарифметических показателей физического развития школьников за полувековой период

Методы исследования: гигиенический, статистический.

Полученные результаты: Показатели «Стандартов физического развития» являются инструментом для определения уровня физического развития ребенка. Они составляются с учетом возрастных группировок, пола, национальности и места жительства детей. По установленным правилам «Стандарты физического развития детей» необходимо разрабатывать каждые 7-10 лет, т.к. меняются условия жизнедеятельности населения, в том числе детского.

Нами проведена сравнительная оценка среднеарифметических показателей длины и массы тела школьников г. Казани в динамике 1965-2013 гг. Для анализа были взяты значения  $M \pm m$  по длине и массе тела школьников из изданных в 1965 г «Стандартов физического развития школьников г.Казани» (Чувашев Р.С.) и в 2013 г «Клинических рекомендаций по оценке физического развития детей школьного возраста (от 7 до 17 лет) г.Казани» (Мингазова Э.Н., Белякова Е.В., Имамов Л.А.). Так, анализ физического развития юношей 17 лет показал, что в динамике почти 50 лет среднеарифметические значения длины и массы тела достоверно увеличились с  $170,29 \text{ см} \pm 0,65$  до  $173,31 \text{ см} \pm 0,64$ , ( $P < 0,01$ ); с  $60,46 \text{ кг} \pm 0,70$  до  $65,12 \text{ кг} \pm 0,98$ , ( $P < 0,001$ ). Однако среди девушек 17 лет среднеарифметические показатели длины тела за полувековой период достоверно увеличились с  $160,45 \text{ см} \pm 0,53$  до  $163,70 \pm 0,58$ , ( $P < 0,001$ ), а показали массы тела достоверно уменьшились с  $56,34 \text{ кг} \pm 6,03$  до  $53,10 \pm 0,83$ , ( $P < 0,01$ ). Подобные изменения характеризуют проявляемый в последние десятилетия в большинстве странах Европы и Америки тренд на уменьшение массы и окружностей тела (окружности груди, таза), называемым «грациализация» телосложения современных девушек.

Закключение: Сравнительный анализ статистических данных, полученных в разные годы, позволяет установить сдвиги в физическом развитии подрастающего поколения во временном и возрастном аспекте, а также своевременно прогнозировать изменения в росто-весовых показателях.

## **ОБРАЩАЕМОСТЬ НАСЕЛЕНИЯ ЗА СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩЬЮ С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИЕЙ**

**Алдатова Д.Б.**

**Северо-Осетинская государственная медицинская академия**

**Научный руководитель – асс. Худалова Ф.К.**

Одним из общепризнанных маркерных критериев при оценке здоровья на популяционном уровне является заболеваемость населения болезнями системы кровообращения. Обращаемость за скорой медицинской помощью (СМП) населения г. Владикавказа Республики Северная Осетия-Алания в связи с сердечно-сосудистой патологией является актуальной проблемой и требует изучения её особенностей.

Цель исследования. Оценить распространенность и особенности сердечно-сосудистой патологии среди населения г. Владикавказа.

Материалы и методы. Проведен анализ обращаемости за СМП с сердечно-сосудистой патологией на основе выкопировки данных документации за период 2008-2010 гг.

Результаты. Самое большое число обращений за СМП населения Владикавказа приходится на сердечно-сосудистую патологию – 42%. Наиболее частая патология сердечно-сосудистой системы – артериальная гипертензия (АГ), на долю которой приходится 42,7%. Выявлены особенности обращаемости за СМП в зависимости от пола и возраста больных. Так, у женщин острые состояния с сердечно-сосудистой патологией отмечаются в 2,5 раза чаще, чем у мужчин, за исключением клинических форм острого коронарного синдрома. Пик обращений по поводу АГ, гипертонического криза и стенокардии приходится на население в возрасте 70-79 лет, а острого коронарного синдрома - в возрастных группах 50-69 лет.

Установлены значительные расхождения и в обращаемости за СМП также по месяцам в течение года и времени суток. Максимальное их количество за период 2008–2010 гг. приходится на февраль и май, минимальное - с июля по сентябрь. В течение суток наибольшая обращаемость отмечается с 18 до 22 часов, а наименьшая – с 2 до 6 часов.

Выводы.

1. Самое большое число обращений за СМП в г. Владикавказе приходится на сердечно-сосудистую патологию – 42%, среди которой превалирует АГ.

2. Выявлены неравномерности показателей обращаемости за СМП по поводу сердечно-сосудистой патологии по возрастным и гендерным группам. Пик обращений в течение года приходится на февраль и май, а в течение суток – с 18 до 22 часов.

## **АБОРТЫ СРЕДИ ДЕВУШЕК-ПОДРОСТКОВ РЕСПУБЛИКИ ТАТАРСТАН**

**Исмагилова С.Ш., Шолина Н.В., Сабурская Т.В.**

**Казанский государственный медицинский университет**

**Научный руководитель – д.м.н., проф. Мингазова Э.Н.**

Одной из важнейших составных репродуктивного здоровья человека является его репродуктивное поведение. На протяжении нескольких десятилетий низкий уровень репродуктивного здоровья в значительной мере был обусловлен высокими уровнями абортов, хотя с последнего десятилетия XX века и в XXI веке имеет место динамичное их снижение как в городской, так и в сельской местности.

Цель исследования: изучение особенностей изменения показателей распространенности абортов среди девушек-подростков 15-19 лет за период с 90-х годов XX века по настоящее время.

Методы исследования: социально-гигиенический, статистический. Проведена работа по выкопировки данных из официальных форм статистики, предоставленных Территориальным органом Федеральной службы государственной статистики по Республике Татарстан (Татарстанстатом).

Результаты: На основе проведенных исследований были получены сведения свидетельствующие о существенном снижении распространенности абортов среди девушек-подростков Республики Татарстан. В динамике 15-16 наблюдается ежегодное уменьшение данного показателя на 5-20%, причем темпы снижения идентично высокие как среди городских, так и сельских жительниц. Так, частота абортов среди девушек 15-17 лет в РТ в 1996 году составила 48,8 на 1000 соответствующего населения, на рубеже тысячелетия - 33,8, а в 2012 году – 9,6. За наблюдаемый период аборты среди девушек-подростков сократились по РТ на 80,3%, среди городских девушек - с 60,7 до 12,4 (на 79,6%), среди сельских – с 8,0 до 1,1 (на 86,2%). Кроме того, были получены данные сравнительных исследований по показателям распространенности различных видов абортов (по медицинским показателям, мини-аборты и др.).

Закключение: Анализ данных динамических наблюдений по частоте абортов являются объективным критерием оценки эффективности профилактических программ и основой для характеристики и прогнозирования репродуктивно-демографического процесса в регионе.

## **ПИЩЕВЫЕ РАЦИОНЫ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ КОЗЬЕГО МОЛОКА И ПРОДУКТОВ ЕГО ПЕРЕРАБОТКИ В ПИТАНИИ ДЕТЕЙ С ПИЩЕВОЙ АЛЛЕРГИЕЙ**

**Каримов И.А., Артамонова А.А., Гомзина Е.Г.**  
**Казанский государственный медицинский университет**  
**Научный руководитель – д.м.н., проф. Мингазова Э.Н.**

В грудном возрасте до 80% случаев причиной пищевой аллергии является белок коровьего молока. При переходе на смешанный тип питания и в питании детей более старшего возраста большинство педиатров предпочтение отдают рационам с использованием продуктов на основе козьего молока.

Цель исследования: изучение особенностей применения в рационах питания детей раннего возраста козьего молока и продуктов его переработки.

Методы исследования: социологический, клинический, гигиенический. Исследование проводилось в г. Казани и в сельских районах РТ.

Результаты: Выявлено, что в питании детей до года 54,4 % матерей применяли молочные адаптированные смеси, совсем не применяли смеси 25,3 % матерей, остальные применяли молоко и молочные продукты из детских молочных кухонь. Абсолютное большинство матерей (96 %) применяли адаптированные смеси на основе коровьего молока и лишь 3,7% - гипоаллергенные, на основе козьего молока.

Выявлено, что 40,75% матерей, имеющих детей до 3-х лет, отмечали у своих детей неоднократные проявления аллергических реакций, связанные с приемами пищи. Среди них каждая пятая (21%) включала в рацион своего ребенка козье молоко и продукты его переработки. О преимуществах применения в детских рационах питания козьего молока матери узнали от врача-педиатра 34% случаев, из интернета – 28%, от своих родителей 12%, от знакомых 11%, остальные - из телепередач, журналов и книг. Но большинство не предавало данной информации большого значения.

Выводы. Таким образом, отмечается низкая частота применения в рационах питания детей до 3-х лет козьего молока и продуктов его переработки, как показал опрос - лишь у 21% детей. Врачи-педиатры недостаточно информируют матерей о преимуществах применения в питании детей козьего молока и продуктов его переработки, особенно среди детей склонных к пищевой аллергии.

## **ОТНОШЕНИЕ МОЛОДЕЖИ РЕСПУБЛИКИ СЕВЕРНАЯ ОСЕТИЯ-АЛАНИЯ К НАРКОМАНИИ**

**Дарчиева Ж.П., Габанова З.О., Алдатова Д.Б.**  
**Северо-Осетинская государственная медицинская академия**  
**Научный руководитель – д.м.н. проф. Кусова А.Р.**

Проблема наркомания, как одна из самых острых проблем человечества, не требует обоснования своей актуальности. Свойственное многим людям ощущение социальной неустойчивости и нервного напряжения, сравнительно низкий уровень благосостояния коррелируют с достаточно ущербным стилем жизни значительной части населения.

Цель исследования. Изучение мнения респондентов о проблеме массового распространения и употребления наркотических веществ, личностном отношении к наркоманам и мерах профилактики.

Материалы и методы исследования. Проведено анкетирование 164 старшекурсников, 256 студентов-медиков, 100 студентов Владикавказского института управления (ВИУ) в возрасте 18-22 лет.

Результаты. Получено подтверждение обоснованности рабочей гипотезы о двойственном отношении молодых людей к проблеме. Наркоман является больным человеком для 54 % школьников, 67 % студентов-медиков и 57 % студентов ВИУ. Социальную опасность представляет для 43 % школьников, 28 % студентов-медиков и 31 % студентов ВИУ. Считают наркомана обычным человеком 3% школьников, 4 % студентов-медиков и 12 % студентов ВИУ, из которых абсолютное большинство лица мужского пола. При этом стоит отметить тот факт, что чем старше становятся молодые люди, тем более лояльно их отношение к наркоманам.

Проявили бы безразличие к незаконному распространению наркотиков 43% школьников, 36% студентов-медиков и 29% студентов ВИУ. На вопрос «Хотели бы вы попробовать наркотики?» положительно ответили 3% школьников, 8% студентов-медиков, и 6% студентов ВИУ. Боязнь стать зависимым испытывают 72% школьников, 66% студентов – медиков, 61% студентов ВИУ. Имели опыт употребления наркотических веществ 1% школьников, 6% будущих врачей и 4% - студенты ВИУ, все преимущественно лица мужского пола.

Выводы. Молодежь РСО-Алания достаточно хорошо информирована о том, насколько они рискуют навредить своему здоровью употреблением наркотиков. Однако, и среди студентов, и среди школьников формируется группа риска (не менее 30 %), так или иначе проявляющая к ним интерес. Абсолютное большинство респондентов сошлись во мнении, что наркомана необходимо лечить в принудительном порядке, а в учебных заведениях проводить мониторинг раннего выявления лиц, употребляющих наркотики.

## **СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ ЮНОШЕЙ ПОДРОСТКОВ ДОПРИЗЫВНОГО ВОЗРАСТА Г. БИШКЕК**

**Максутов Т.Р., Атамбаева Р.М.**  
**Кыргызская Государственная Медицинская Академия им. И.К. Ахунбаева**  
**Научный руководитель – к.м.н., доц. Эсенматов М.К.**

Цель: исследование состояние здоровья юношей допризывного возраста подростков г. Бишкек.

Методы и материалы: по материалам отчетов военных комиссариатов г. Бишкек был проведен анализ заболеваемости юношей подростков в возрасте 17-18 лет за период от 2006-2012 гг. Медицинское освидетельствование военно-врачебной комиссии прошли 55752 юношей подростков.

Результаты. По результатам анализа отчетов общая заболеваемость среди юношей подростков увеличилась на 22,5% (темп прироста 47,4%) – с 164,2‰ в 2006 г. до 211,6‰ в 2012 г. Наибольший рост общей заболеваемости отмечался в 2011 г. – 232,5‰. В структуре заболеваемости наибольшую распространенность имеют болезни эндокринной системы, на втором месте - болезни нервной системы, на третьем месте – заболевания системы кровообращения. Также отмечаются значительный прирост болезней кожи и подкожной клетчатки (в 3,7 раза), болезней системы кровообращения (в 1,3 раза), болезней органов зрения (1,2 раза) и болезней уха (1,5 раза).

Заключение: таким образом, при анализе заболеваемости юношей подростков г. Бишкек было выявлено, что идет увеличение общей заболеваемости на 22,5%. В структуре заболеваемости преобладают болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ, болезни нервной системы и болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани.

## **ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА РЕПРОДУКТИВНОГО ПОТЕНЦИАЛА ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ ПО РЕЗУЛЬТАТАМ МЕДИЦИНСКОГО ОСМОТРА**

**Исакова Ж.К., Атамбаева Р.М.**

**Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева**  
**Научный руководитель – к.м.н., доц. Эсенматов М.К.**

Анализ динамики возрастной структуры населения республики показывает, что при прогнозировании социально-экономического развития страны следует учитывать всплески высокой рождаемости в предыдущие годы, что будет отражаться на росте населения трудоспособного возраста и оказывать давление на рынок труда в предстоящие годы. Причем будет доминировать в пополнении потенциала труда сельское население. Несмотря на наблюдающуюся положительную динамику роста численности постоянного населения в Кыргызской Республике (на 6%) и роста числа детей в возрасте до 14 лет (на 2%) за период 2007-2011гг., отмечается снижение числа детей и подростков в возрастной группе 10-19 лет, а также их доли в общей численности населения страны (с 22% до 19%). Необходимо принять во внимание тот факт, что все заболевания прямо или косвенно связаны с условиями жизни, труда, недостатком экономических возможностей, социальной и психологической незащищенностью. Все эти факторы окажут непосредственное влияние на репродуктивное здоровье репродуктивный потенциал девочек – подростков.

Целью нашего исследования были изучить заболеваемость девочек – подростков внутренних мигранток и жительниц г. Бишкек по результатам медицинского осмотра. Материалы и методы: Исследование проводилось у старшеклассниц лицея и девушек, поступивших на 1 курс нашего ВУЗа. С целью оценки развития девочек-подростков, жительниц г.Бишкека и внутренних мигранток из разных регионов страны было проведено обследование 592 первокурсниц и 190 старшеклассниц возрастной группы 16,5±0,4 лет.

Результаты и их обсуждение: Большинство обследованных имеют средние для данного возраста показатели ( $M \pm 1\sigma$ ) индекса роста/возраст и масса тела/возраст. У городских жительниц дефицит массы тела имел место у 9,9% девочек, а недостаток роста – выявлен у 12,4% из них. У мигранток из высокогорных регионов дефицит массы тела наблюдался у 30%, а снижение ростовых показателей -21% обследованных. При осмотре специалистами разного профиля были выявлены у 5% бишкекчанок сколиоз позвоночника, 2% плоскостопие, 1,5%- варикозное расширение вен нижних конечностей, 2% - хронический гастрит, 4,2% хронический тонзиллит, 18,6% -миопия средней степени, 12% - вегето-сосудистая дистония, у 6% девочек выявлена железодефицитная анемия средней степени тяжести. Нарушения менструального цикла у 11%, альгодисменорея -13%, предменструальный синдром – 4%, в одном случае найдена гипоплазия матки. Сравнительная оценка у мигранток показала увеличение этих патологий в 1,5-2 раза, что позволяет сделать выводы, что в Кыргызской Республике идет не только снижение численности в указанных возрастных группах, но ухудшение репродуктивного потенциала. Так как к своей первой беременности в ближайшем будущем девочки- подростки имеют высокий фактор риска экстрагенитальной патологии.

Литература: 1. Население Кыргызстана в начале XXI века. Под.ред. М.Б.Денисенко., Бишкек, 2011.С.332

2. Взаимолияние демографических и социально-экономических процессов в Кыргызской Республике: старые проблемы или новые возможности?, фонд ООН в области народонаселения и ПРООН, Бишкек, 2010.

## **ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ПИЩЕВОГО СТАТУСА ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ, УЧАЩИХСЯ В СОЦИАЛЬНО КУЛЬТУРНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ КР**

**Керимбаева И.Б., Атамбаева Р.М.,**

**Кыргызская Государственная Медицинская Академия им. И.К. Ахунбаева**  
**Научный руководитель – к.м.н., доц. Эсенматов М.К.**

Цель: изучение и оценка фактического питания учащихся Бишкекского хореографического училища им. Ч.Базарбаева (БХУ) и Республиканского средне специализированной музыкальной школы-интерната им. М. Абдраева (РССМШИ).

Материалы и методы: изучено фактическое питание учащихся в возрасте от 10 до 17 лет в сезонной динамике путем анализа суточных рационов (зимний, весенний, летний, осенний сезоны 40 меню-раскладок).

Результаты и обсуждения. Структура питания воспитанников социально- культурных учреждений, характеризуется снижением потребления наиболее ценных в биологическом отношении пищевых продуктов, таких как мясо и мясопродукты на 30%, молоко и молочные продукты (молоко на 62,5%, кисломолочные продукты на 70%), рыба и рыбные продукты на 73,4%, фрукты на 95% и некоторые виды овощей на 15,2% по сравнению с среднесуточным набором продуктов питания для детей и подростков школьного возраста КР. При этом существенно увеличивается потребление хлеба и хлебобулочных изделий, а также картофеля и круп.

Белки животного происхождения в рационе учащихся БХУ составил 47,9%, а в рационе учащихся РССМШИ 31,6%. Питание учащихся количественно и качественно неполноценное, углеводистой ориентации, питательные вещества несбалансированы (БХУ – 1:09:5,4, РССМШИ- 1:1:4,6). Энергетическая ценность суточного рациона у старших классов не покрывает суточный расход энергии.

Заключение. Таким образом, полученные результаты исследований дают основание для необходимости учета физиологических потребностей в пищевых веществах и энергии, учитывая возраст и физические нагрузки учащихся.

Следовательно, питание детей и подростков требует коррекции с учетом специфичности будущей профессии учащихся.

## **АНАЛИЗ ФАКТИЧЕСКОГО ПОТРЕБЛЕНИЯ ЭНЕРГИИ С СУТОЧНЫМИ ЭНЕРГОЗАТРАТАМИ ЮНЫХ СПОРТСМЕНОВ**

**Цивинская Т.А. , Атамбаева Р.М.**

**Кыргызская Государственная Медицинская Академия им. И.К. Ахунбаева**  
**Научный руководитель – к.м.н., доц. Эсенманова М.К.,**

Введение. На сегодняшний день изучение энерготрат юных спортсменов по видам спорта представляет огромный интерес для спортивных нутрициологов, гигиенистов, разрабатывающих режим питания, рассчитывающих потребность в основных питательных веществах позволяющих удовлетворять энергетические запросы растущего организма.

Цель исследования – оценить соответствие калорийности суточного рациона суточным энерготратам юных спортсменов.

Методы и организация исследования: исследование проведено на базе научного центра при Кыргызской Государственной Академии Физической Культуры и Спорта. Суточный бюджет времени изучали путем заполнения хронометражных карт (n=156). Калорийность рациона оценивалось в сезонной динамике путем анализа суточных рационов.



Результаты исследования: Полученные результаты показали, что энерготраты юных спортсменов Олимпийского резерва при различных видах деятельности и спортивной квалификации, указывают на значительные различия между суточными энерготратами и восполнением их суточным рационом. Так, суточные энерготраты юных атлетов грекоримского стиля, бокса, вольной борьбы и дзюдоистов в среднем за сутки составили 4366,6 ккал, тогда как в сутки с суточным рационом они потребляют 2975,6 ккал, что ниже на 68,14%. У спортсменов по женской вольной борьбе наблюдается значительное увеличение суточных энерготрат, что, связано, с особенностью тренировочного процесса. Энерготраты их составили 4530 ккал, что достоверно выше энергоценности суточного рациона ( $p < 0,0001$ ). У атлетов по спортивной гимнастике наблюдается недостоверные различия между суточной потребностью в энергии и суточными энерготратами, а у тяжелоатлетов энерготраты достоверно выше, чем энергоценность суточного рациона ( $p < 0,001$ ).

Таким образом, создается отрицательный энергетический баланс, что непосредственно сказывается не только на растущий организм юных атлетов, но и на спортивные результаты, в связи, с чем необходимо провести адекватную коррекцию по рационализации питания и энергетической ценности рационов.

## **ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЯ**

### **РОЛЬ ДЕМОДЕКСА В ТЕРАПИИ ПАЦИЕНТОВ С АКНЕ**

**Зайдуллина Т.Р., Хайретдинова К.Ф.**

**Казанский государственный медицинский университет  
Научный руководитель – д.м.н., проф. Юсупова Л.А.**

В настоящее время, несмотря на изобилие препаратов и методов лечения, акне остается серьезной медико-социальной проблемой. В связи с шир

В настоящее время, несмотря на изобилие препаратов и методов лечения, акне остается серьезной медико-социальной проблемой. В связи с широким распространением дерматоза, который затрагивает наиболее уязвимую часть общества, необходимо искать пути наиболее быстрого и эффективного решения данной проблемы. Не всегда стандартное лечение приводит к быстрому и желаемому результату, необходим грамотный и индивидуальный подход к каждому пациенту. Демодекс - подкожный клещ угревой железницы, не вызывая самого заболевания, усугубляет процесс и результат лечения.

Цель: Оценить влияние демодекса на эффективность, исход и прогноз лечения пациентов с акне.

Материалы и методы: Проведена оценка результатов лечения пациентов с акне, с учетом обнаружения или отсутствия в соскобе с лица демодекса. В исследуемую группу вошли 36 больных с акне, из них 15 (41,7%) человек с легкой степенью тяжести, 12 (33,3%) и 9 (25%) со среднетяжелой и тяжелой степенью тяжести акне соответственно. Возраст больных от 14 до 25 лет, из них женщин -16 (44,4%), мужчин -20 (55,6%). Из всех обследуемых демодекс был обнаружен у 14 (38,9%) больных. Все пациенты получали стандартную схему лечения в зависимости от тяжести заболевания. Результат лечения оценивался ежемесячно. Половина больных, у которых был обнаружен демодекс, первоначально получили противопаразитарное лечение и после лабораторно подтвержденного отсутствия клеща перешли к стандартному лечению акне. По эффективности лечения данная группа не уступала пациентам с отсутствием демодекса в соскобе с лица. Лечение давало ожидаемый результат в прогнозируемый срок. У оставшихся 7 (19,4%) больных, которые получали стандартное лечение без элиминации клеща, несмотря на его обнаружение, отмечался торпидный ответ на терапию. При ежемесячном осмотре жалобы у пациентов сохранялись, морфологические элементы не разрешались, психо-эмоциональное состояние больных нарушалось. Адекватный и положительный ответ на лечение у данной группы был достигнут только после предварительной элиминации клеща.

Вывод: Демодекс - фактор, отягощающий лечение данного дерматоза, что необходимо учитывать при формировании терапевтического маршрута.

### **ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ СРЕДСТВ ЛЕЧЕБНОЙ КОСМЕТИКИ «АЙСИДА» В НАРУЖНОЙ ТЕРАПИИ АКНЕ**

**Усикова М.Н.**

**Ростовский государственный медицинский университет  
Научный руководитель – д.м.н., доц. Сидоренко О.А., асс. Анисимова Л.А.**

Актуальность: Акне представляет собой серьезную проблему современной дерматологии. Считают, что этим дерматозом страдают почти 85% людей в возрасте от 12 до 24 лет и 11% лиц старше 25 лет.

Целью нашего исследования явилась оценка клинической эффективности комбинации местных средств по уходу за кожей серии «Айсида», очищающего молочка и крема-геля для жирной и комбинированной кожи лица, в сочетании с базовой терапией при угревой болезни.

Материал и методы: исследование проводилось на базе консультативной поликлиники РостГМУ. Под нашим наблюдением находилось 23 пациентки женского пола с акне в возрасте от 13 до 18 лет. У всех пациенток отмечалось среднетяжелое течение акне. Для оценки тяжести клинических проявлений акне использовали дерматологический индекс ДИА.

Наблюдавшиеся пациентки были разделены на две группы по 11 и 12 человек соответственно. Пациенты 1-й группы получали наружно очищающее молочко «Айсида» 2 раза в день, утром-крем-гель для жирной и комбинированной кожи лица «Айсида», вечером –изотретиноин в форме геля и крема в зависимости от типа кожи, пациентки 2-й группы получали монотерапию препаратами изотретиноина также в форме геля и крема.

Оценку клинической эффективности терапии в данных группах проводили через 1 и 3 месяца наблюдения.

Результаты: через месяц лечения у пациенток 1-й группы наблюдалось снижение индекса ДИА до 6,48 балла, во 2-й до 7,27 балла. При этом у пациенток 1-й группы наряду с более выраженной положительной динамикой индекса ДИА отмечалось также отсутствие ощущения стянутости и сухости кожи, шелушения и ощущение дискомфорта, которое констатировали все пациентки 2-й группы. К третьему месяцу терапии динамика показателей индекса ДИА имела еще более выраженные различия у пациенток обеих групп ( у 1-й группы- 2,66 балла, у 2-й -4,78 балла). Всеми пациентками отмечена хорошая переносимость средств лечебной косметики «Айсида».

Выводы: 1. Включение в комплексную терапию акне лечебного ухода «Айсида» позволило добиться выраженного клинического эффекта, а также способствовало устранению побочных эффектов топических ретиноидов (сухости и шелушения).

## **СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА ОСОБЕННОСТИ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ АНДРОГЕНЕТИЧЕСКОЙ АЛОПЕЦИИ У ЖЕНЩИН НА РАННИХ ЭТАПАХ ЗАБОЛЕВАНИЯ**

**Шиляева О.Е., Нам А.В.**  
**Казанский Государственный Медицинский Университет**  
**Научный руководитель – к.м.н., асс. Халилов Б.В.**

Актуальность проблемы заключается в том, что андрогенетическая алопеция является самой распространённой причиной облысения как у мужчин, так и у женщин. Почти все люди имеют тот или иной уровень заболевания. Процесс потери волос начинается, примерно, в возрасте между 12 и 40 годами и, почти всегда не заметен.

Цель: Изучить особенности дифференциальной диагностики андрогенетической алопеции у женщин на ранних этапах заболевания.

Материалы и методы исследования. Под нашим наблюдением находились 23 женщины в возрасте от 25 до 50 лет с жалобами на равномерное поредение волос, наиболее заметное на теменной области, с отсутствием любых иммуносупрессивных состояний, без отягощенного анамнеза. В случайном порядке женщины были разбиты на две группы: 10 женщин в основной группе и 13 женщин в группе сравнения. При их обследовании использовались анамnestические данные, клинические методы исследования (общий анализ крови с лейкоформулой, исследование гормонов щитовидной железы и половых гормонов), и высокоспециализированные методы инструментальной диагностики: трихоскопия и фототрихограмма с контрастированием.

Результат: после проведения фототрихограммы в зонах выраженного истончения волос было выявлено, что большинство волос в телогеновой фазе являются vellusоподобными или чувствительными к андрогенам, что делает диагноз андрогензависимой алопеции несомненным. В основной группе при проведении трихоскопии и фототрихограммы с контрастированием, диагноз андрогензависимая алопеция был выставлен 9 из 10 обследованных. В группе сравнения при помощи трихоскопии, диагноз выставили только 3 пациентам. После чего группу сравнения направили на фототрихограмму с контрастированием, и диагноз был выставлен 8 женщинам и подтвержден у 3 вышеуказанных, в итоге у 11 из 13 диагноз андрогензависимая алопеция был подтвержден. Это говорит о том, что фототрихограмма наиболее точно определяет диагноз в сравнении с трихоскопией, что в свою очередь приводит к адекватному, и, что самое главное, своевременному лечению.

Выводы: из результатов проведенного нами обзорного сравнительного исследования следует, что при постановке диагноза следует использовать совокупность результатов различных методов исследования, что качественно повышает точность постановки полного, топически развернутого клинического диагноза, и позволяет назначить пациенту оптимальную и наиболее эффективную форму терапии.

## **СХЕМА НИЗКИХ ДОЗ ПРИ ЛЕЧЕНИИ АКНЕ СИСТЕМНЫМ ИЗОТРЕТИНОИНОМ**

**Хайретдинова К.Ф., Зайдуллина Т.Р.**  
**Казанский государственный медицинский университет**  
**Научный руководитель – д.м.н., проф. Юсупова Л.А.**

Акне – одно из самых распространенных хронических заболеваний кожи. Наиболее эффективным средством для лечения среднетяжелых и тяжелых форм акне является оральная форма изотретиноина, влияющая на все 4 звена патогенеза акне.

Цель работы: Изучить эффективность схемы низких доз при лечении больных акне системным изотретиноином.

Материалы и методы: Нами был проведен сравнительный анализ терапии пациентов с акне оральным изотретиноином по схеме низких доз и стандартной схеме лечения.

Результаты: По наблюдением находилось 16 больных со среднетяжелой степенью тяжести акне в возрасте от 17 до 26 лет, из них женщин - 37,5% (n=6), мужчин - 62,5% (n=10). Длительность заболевания у 68,75% (n=11) больных составила от 1 до 5 лет, у 31,25% (n=5) – более 5 лет. У 62,5% (n=10) пациентов высыпания локализовались только на лице, у 37,5% (n=6) – на лице и спине. Все больные были разделены на 2 равные группы. Первая группа получала изотретиноин по схеме низких доз: 10 мг сутки независимо от массы тела с последующим ступенчатым снижением. Длительность терапии составила 5 месяцев, суммарная курсовая доза не рассчитывалась. Вторая группа получала стандартную схему препарата из расчета 0,5-1,0 мг/кг/сут и суммарной курсовой дозой 120-150 мг/кг. Клинико-лабораторный контроль проводился до начала лечения, далее ежемесячно. В процессе терапии в первой группе наблюдалась положительная динамика в виде регресса папул, пустул, явлений себореи. Отклонений в лабораторных показателях не было. Отмечалась незначительная сухость кожи лица и кистей, транзиторные явления хейлита. Во второй группе регресс элементов отмечался значительно быстрее, при этом явления ретиноидного дерматита и хейлита были резко выражены. У 2 пациентов в данной группе были выявлены дозозависимые изменения в лабораторных показателях. К окончанию курса лечения в двух группах была достигнута стойкая ремиссия.

Вывод: Использование схемы низких доз системного изотретиноина для лечения больных с акне является эффективным и перспективным методом. Такой подход позволяет не только снизить возможные побочные эффекты, но и существенно снизить стоимость лечения.

## **ИССЛЕДОВАНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ МЕСТНОГО ПРИМЕНЕНИЯ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ACNE VULGARIS**

**Яцун А.С.**  
**Курский государственный медицинский университет**  
**Научный руководитель – д.м.н., проф. Силина Л.В.**

Акне (вульгарные угри, угревая болезнь) – самое распространенное заболевание кожи, поражающее до 85% лиц в возрасте от 12 до 25 лет.

Настоящее исследование выполнялось на клинической базе кафедры дерматологии и венерологии КГМУ совместно с кафедрой патофизиологии.

Под нашим наблюдением находилось 70 пациентов, страдающих папулезной и папуло-пустулезной формами акне, в возрасте от 14 до 29 лет, 36 женщин, 34 мужчины. Контрольную группу составили 70 практически здоровых лиц в возрасте от 16 до 25 лет, 35 женщин, 35 мужчин

Целью нашего исследования явилось исследование эффективности местного применения антибактериальной терапии в комплексном лечении acne vulgaris.

Для оценки эффективности применения местной антибактериальной терапии в лечении вульгарных угрей проводилось детальное дерматологическое обследование с характеристикой следующих параметров: уменьшение количества элементов сыпи, улучшение общего состояния кожи и уменьшение воспалительной реакции, уменьшение числа новых высыпаний.

До начала лечения был определен спектр бактериальной микрофлоры, колонизирующей кожные покровы пациентов. 91% в удельном весе полученных колоний составляют *Propionibacterium acnes*. В качестве местного антибактериального препарата был выбран доксициклин. До начала лечения определялась микробная чувствительность к препарату. Был получен положительный результат. Всем обследуемым пациентам первые 3 косметологические чистки проводились без местного применения антибиотика с оценкой дерматологической картины. Процент эффективности чисток был невысок: уменьшение количества элементов сыпи - у 25% пациентов, улучшение общего состояния кожи и уменьшение воспалительных реакций - у 40%, уменьшение числа новых высыпаний - у 17%. Последующие чистки проводились с использованием доксициклина. Эффективность терапии по всем трем параметрам превысила 90%.

Таким образом, при анализе данных проведенного исследования можно сделать вывод, что подавляющую долю в удельном весе микроорганизмов, колонизирующих кожные покровы пациентов, страдающих акне, составляют *Propionibacterium acnes*. Включение в схему лечения местного применения доксициклина достоверно повышает эффективность терапии.

## **ЭНТОМОДЕРМАТОСКОПИЯ-НОВЫЙ НЕИНВАЗИВНЫЙ МЕТОД ДИАГНОСТИКИ ЧЕСОТКИ**

**Ткаченко Д.В.**

**Харьковский национальный медицинский университет**

**Научный руководитель – к.м.н., доц. Ткаченко С.Г.**

Актуальность. В последнее время появились сообщения об эффективном использовании дермоскопии в диагностике инфекционных поражений кожи. Термин энтомодерматоскопия соединяет два термина – энтомология и дермоскопия. Это область, объединившая дерматологию с энтомологией и инфектологией.

Целью работы был поиск и изучение клинических научных публикаций о практическом использовании дермоскопических методов в диагностике чесотки.

Материалы и методы. Данное исследование представляет собой анализ современной научно-практической медицинской литературы по вопросам изучения опыта практического использования дермоскопии как метода диагностики чесотки. Использовали следующие электронные ресурсы: The National library of medicine (USA), Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI), The Science Directory (Elsevier, UK), National Institute for Health and Clinical Excellence (UK), Medscape. Поиск отдельных данных в интернете производился с помощью поисковых систем [www.google.com](http://www.google.com) и [www.google.com.ua](http://www.google.com.ua). Для анализа были отобраны современные научные источники – не старше 10 лет, более старые включались только в случае исключительной важности информации.

Результаты. Данные современной научно-медицинской литературы показали, что на сегодняшний день разработаны четкие диагностические критерии дерматоскопической диагностики чесотки - обнаружение дельта-структур и овоидных структур, похожих на след реактивного самолета, что позволяет диагностировать дерматоз быстро и не требует специальной подготовки пациента. С помощью дермоскопии визуализируются яйца, экскременты клеща и чесоточные ходы в коже. Сравнительные исследования дермоскопии и микроскопии чесотки *ex vivo* показали не только сопоставимую чувствительность этих методов (91 % и 90 % соответственно), но и повышение качества выбора терапевтической тактики неопытными врачами. Энтомодерматоскопия внесена в международные согласительные документы по менеджменту чесотки в качестве адьювантного диагностического метода. Все современные клинические исследования эффективности лечения чесотки контролируются с использованием метода энтомодерматоскопии.

## **ВЛИЯНИЕ ТРАДИЦИОННОЙ ТЕРАПИИ НА СОСТОЯНИЕ ФУНКЦИЙ РАЗНОЙ МОДАЛЬНОСТИ У БОЛЬНЫХ РОЗАЦЕА**

**Ткачева О.Ю.**

**Курский государственный медицинский университет**

**Научный руководитель – д.м.н., проф. Силина Л.В.**

Целью исследования явилось определение нарушений функций разной биологического качества у пациентов, страдающих розацеа, осложненным демодекозом. В работе приняли участие 113 человек в возрасте от 25 до 60 лет. Все респонденты получали традиционную терапию в соответствии с «Клиническими рекомендациями РОДВ - Дерматовенерология 2010». Для анализа применялась шкала диагностической оценки розацеа (ШДОР), содержание билирубина, АСАТ, АЛАТ, щелочной фосфатазы, показателей ПОЛ - малонового диальдегида, ацилгидроперекиси, каталазы, супероксиддисмутазы, общей антиоксидантной активности. По мере увеличения числа высыпных элементов и нарастания степени тяжести клинического течения розовых угрей констатируется дальнейшее усиление выраженности реакций свободнорадикального окисления в виде умеренно выраженного повышения содержания МДА в кровяном русле ( $p < 0,05$ ). Максимальные изменения уровня МДА ( $4,36 \pm 0,08$  мкмоль/л;  $p < 0,05$ ) отмечены у пациентов с пустулезной формой розацеа, причем при оценке степени клинических проявлений заболевания индекс ШДОР составил  $9,7 \pm 1,4$  ( $p < 0,01$ ). При ремиссии, после лечения, наблюдалось снижение показателей активности МДА в сыворотке крови. При исследовании значения АГП отмечалось достоверное увеличение АГП у больных папуло-пустулезной формой розацеа до лечения ( $0,93 \pm 0,007$  усл. ед) при максимальном значении индекса ШДОР. После терапии отмечалось снижение показателей АГП до  $0,51 \pm 0,004$  усл.ед. Эфлоресценции при розацеа развивались на фоне интенсификации процессов ПОЛ в тканях и избыточного накопления вторичных токсических продуктов в организме, о чем свидетельствовало достоверное увеличение концентрации МДА в крови обследованных лиц до  $4,360,08$  мкмоль/л;  $p < 0,05$ . По мере увеличения распространенности и нарастания степени тяжести клинического течения констатируется дальнейшее усиление выраженности реакций свободнорадикального окисления в виде прогрессирующего повышения содержания МДА в кровяном русле ( $p < 0,05$ ). Таким образом, применение стандартной фармакотерапии розовых угрей позволяет достичь улучшения клинических проявлений болезни и добиться клинической ремиссии процесса.

## **К ВОПРОСУ ОЦЕНКИ ИЗМЕНЕНИЙ ИММУНОМЕТАБОЛИЧЕСКОГО СТАТУСА БОЛЬНЫХ КРАСНЫМ ПЛОСКИМ ЛИШАЕМ С ПОРАЖЕНИЕМ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА**

**Силин Д.С., Есипова Е.А.**  
**Курский государственный медицинский университет**  
**Научный руководитель – д.м.н., проф. Конопля А.И.**

Целью настоящего исследования явилось выявление иммунометаболических нарушений у пациентов, страдающих красным плоским лишаем с поражением слизистой оболочки полости рта (КПЛ СОПР). Нами было обследовано 136 пациентов, все они были разделены нами на три подгруппы в соответствии с клинической формой поражения слизистой оболочки полости рта – это типичная форма, экссудативно-гиперемическая и эрозивно-язвенная формы. Выявлены особенности иммунометаболических нарушений на системном и локальном уровнях у больных красным плоским лишаем слизистой полости рта в зависимости от формы поражения. Нами выявлено, что на системном уровне у больных КПЛ типичной формой установлено снижение количества CD3, CD4-лимфоцитов, концентрации IgA, лизоцима и повышение содержания CD8-лимфоцитов, уровней IgG, IgM, ЦИК, ИХЛ. При экссудативно-гиперемической форме КПЛ еще в большей степени повышалась концентрация IgG, IgM, IgA, ЦИК и ИХЛ, у больных с эрозивно-язвенной формой поражения – в максимально выраженной степени повышалось содержание лизоцима и ИХЛ. Анализ данных, проведенный при изучении показателей местного иммунитета при типичной форме все изученные показатели цитокинов и иммуноглобулинов повышались за исключением ИЛ-4, концентрация которого снижалась. При этом, при экссудативно-гиперемической форме еще больше повышался уровень IgG и снижался – ИЛ-4. При эрозивно-язвенной форме изменения были аналогичными, но наиболее выраженными. Все изменения лабораторных показателей были подтверждены трансформацией клинических данных – парадонтальными индексами, о чем свидетельствует нормализация индексов Грина-Вермильона, гингивита, КПИ и КПУ. Таким образом, у больных с различными клиническими формами красного плоского лишая большая выраженность изменений связана с формой патологического процесса.

## **КОМОРБИДНЫЕ СОСТОЯНИЯ У БОЛЬНЫХ ПСОРИАЗОМ**

**Матвеева Н.А.**  
**Казанский государственный медицинский университет**  
**Научный руководитель – д.м.н., проф. Батыршина С.В.**

Псориаз на современном уровне знаний определяют как генетически детерминированный дерматологический процесс, протекающий хронически, с частыми рецидивами, с гиперпролиферацией эпидермальных клеток, нарушением процесса кератинизации и воспалительной реакцией в дерме. Данный процесс нередко сопровождается соматической патологией.

Целью исследования стало установление частоты коморбидных состояний, регистрируемых у пациентов, страдающих псориазом, и их соответствия с тяжестью дерматологического процесса.

Результаты исследования получены при обследовании больных псориазом, находившихся на лечении в ГУЗ «Республиканский клинический кожно-венерологический диспансер». Из 19 (10 мужчин и 9 женщин) пациентов в возрасте до 25 лет было 2 пациента, от 26 до 45 лет – 8, от 46 до 60 лет – 5, от 60 лет до 75 лет – 2 и старше 75 лет – 2 пациента.

В анамнезе из предшествовавших манифестаций псориаза пациенты указали на следующие перенесенные состояния и/или заболевания: аллергию к лекарственным средствам и/или пищевым продуктам, хронический гастрит, желчнокаменную болезнь, операцию по поводу аппендицита, сердечную недостаточность, хронический бронхит, остеохондроз, гепатит А у 6(31,58%), 3 (15,79%), 2 (10,53%), 2 (10,53%), 2 (10,53%), 1 (5,26%), 1 (5,26%) больных соответственно.

Из заболеваний, впервые появившихся после презентации псориаза, выявлены: гипертоническая болезнь, хронический гастрит, хронический пародонтит, стенокардия у 7 (36,84%), 4 (21,05%), 2 (10,53%) и 1 (5,26%) пациентов соответственно.

Из числа пациентов, имеющих гипертоническую болезнь, псориаз с поражением суставов, что подразумевает его осложненное течение, регистрировался у 5 (71,43%) из них. У 4 пациентов в процесс вовлекались и ногтевые пластинки. Индекс PASI в этой группе регистрировался как средний и достигал  $43,2 \pm 1,5$ . Дерматологический процесс при этом был распространенным, со склонностью слияния папул в бляшки, их интенсивным шелушением и эритематозным фоном на 3 – 4 балла.

Осложненное течение псориаза с поражением суставов и высоким индексом PASI наблюдалось и у 3 (75%) из 4 пациентов, имеющих хронический гастрит и у пациента со стенокардией.

Вывод: Коморбидные состояния у больных псориазом выявляются достаточно часто. При наличии сопутствующей соматической патологии, течение псориаза чаще определяется как осложненное.

## **ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ КОМБИНИРОВАННОЙ ФОТОТЕРАПИИ (ПУВА С УФА – 1) В ЛЕЧЕНИИ ТЯЖЕЛЫХ ФОРМ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА У ВЗРОСЛЫХ**

**Старостенко В.В.**  
**Ростовский государственный медицинский университет**  
**Научный руководитель – д.м.н., доц. Сидоренко О.А., к.м.н., асс. Анисимова Л.А.**

Лечение тяжелых форм атопического дерматита (АД) у взрослых представляет большие трудности. В период обострения зачастую требуется неизбежное назначение системных глюкокортикостероидов и иммуносупрессивных препаратов. Одной из эффективных методик в лечении АД является ПУВА-терапия (Псорален + УФО спектра А), а также широко используемая за рубежом УФА-1 терапия (ультрафиолетовая терапия дальнего длинноволнового диапазона 340-400 нм).

Цель: Оценка преимуществ комбинированной фототерапии (ПУВА в сочетании с УФА1) в сравнении с монотерапией (ПУВА) у взрослых, при лечении тяжелых форм АД.

Методы: Под наблюдением находилось 17 больных с хроническим, торпидным к проводимой терапии, атопическим дерматитом в возрасте от 17 до 45 лет. Средний возраст пациентов составлял  $24,5 \pm 2,6$  лет, длительность заболевания колебалась от 16 до 39 лет. Для оценки тяжести заболевания и клинической эффективности проводимой терапии использовалась система SCORAD. Больные были разделены на две группы: I группа - 8 пациентов (получали только ПУВА-терапию по стандартной методике 3 раза в неделю; внутрь - антигистаминные препараты; наружно - эмоленды). II группа - 7 пациентов (получали ежедневные фотопроцедуры в виде чередования ПУВА и УФА-1 терапии - по 3 каждой, всего 6 процедур

в неделю; внутрь - антигистаминные препараты; наружно - эмоленты. Общее количество процедур у каждого пациента варьировало от 20 до 35).

Результаты: Положительный клинический эффект наблюдался у 13 (76%) больных, у 3 (17%) отмечалось незначительное улучшение, у 1(5%) пациента клинический эффект отсутствовал. Сроки наступления клинического улучшения во второй группе превышали первую на 20%.

Выводы: Комбинированная фототерапия (ПУВА в сочетании сУФА-1) превышает по клинической эффективности и срокам наступления ремиссии ПУВА терапию.

Данная методика позволяет снизить сроки пребывания в стационаре и избежать дополнительной системной стероидной и иммуносупрессивной терапии при лечении тяжелых форм атопического дерматита.

### **КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ УФА-1 ТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ ГНЁЗДНОЙ АЛОПЕЦИИ У ДЕТЕЙ**

**Старостенко В.В.**

**Ростовский государственный медицинский университет**

**Научный руководитель – д.м.н., доц. Сидоренко О.А., к.м.н., асс. Анисимова Л.А.**

Проблема терапии гнёздной алопеции у детей остаётся актуальной в связи с неясной этиологией и патогенезом данного заболевания. Некоторые иммуногистохимические исследования свидетельствуют об аутоиммунном характере поражения кожи в очагах выпадения волос, с вовлечением Т-лимфоцитов (преимущественно Th-1 типа), продукции провоспалительных цитокинов, таких как IFN- $\gamma$ , TNF- $\alpha$  и прочих. Одним из механизмов действия УФА-1 (ультрафиолетовая терапия дальнего длинноволнового диапазона) является иммуносупрессорный эффект с индукцией апоптоза и элиминацией активированных Т- и В- лимфоцитов.

Цель: Изучение клинической эффективности применения УФА-1 в лечении гнёздной алопеции у детей.

Методы: Под нашим наблюдением находилось 20 детей (5 мальчиков и 15 девочек) в возрасте от 3 до 16 лет (средний возраст  $7\pm 2$  года), получающих УФА-1 терапию 3-4 раза в неделю, средними разовыми дозами облучения (20-50 Дж/см<sup>2</sup>), на курс 30-40 процедур. У 16 (80%) пациентов алопеция была представлена очаговой формой, у 4 (20%) детей субтотальной. Длительность заболевания составляла от нескольких месяцев до 5 лет. Контрольную группу составили 13 детей в возрасте от 4 до 15 лет с очаговой формой алопеции, получающие комплексную терапию в виде ангиопротекторов, витаминов, микроэлементов, антиоксидантов, различных метаболических препаратов, без использования иммуносупрессивных средств.

Результаты: После курса лечения с использованием УФА-1 терапии наблюдался более значительный и быстрый по срокам рост пушковых и в последствии длинных волос по сравнению с контрольной группой. Исключение составили дети с длительностью заболевания свыше 2-х лет.

Выводы: УФА-1 терапия может быть рекомендована как эффективный метод лечения гнёздной алопеции у детей с давностью заболевания до 2-х лет.

### **ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПОЛИМЕРНОГО ГИДРОГЕЛЯ «ВИТИСКИН» В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ВИТИЛИГО**

**Старостенко В.В.**

**Ростовский государственный медицинский университет**

**Научный руководитель – д.м.н., доц. Сидоренко О.А., к.м.н., асс. Анисимова Л.А.**

Витилиго является актуальной проблемой дерматологии и косметологии, так как приводит к значительным косметическим дефектам и психологическому дискомфорту.

Из всех многочисленных методов терапии наибольшей клинической эффективностью обладают различные варианты фототерапии. Ни один из существующих способов лечения не дают ожидаемого и стойкого результата.

Цель: Определить эффективность гидрогеля «Витискин» в комплексной терапии витилиго.

Методы: Под нашим наблюдением находилось 23 пациента с витилиго, в возрасте от 12 до 45 лет (средний возраст  $27\pm 3$  года), из них 17 женщин и 5 мужчин. Длительность заболевания варьировала от 3 месяцев до 15 лет. Все пациенты данной группы получали ПУВА-терапию, количество и длительность процедур подбирались индивидуально. По окончании курса фотохимиотерапии всем пациентам исследуемой группы назначался наружно гель «Витискин» на участки поражения и в область зоны репигментации 2 раза в день. Группа контроля составляла 9 пациентов с витилиго в возрасте от 13 до 34 лет (средний возраст  $24\pm 4$  года), получавших курс ПУВА-терапии без наружного лечения.

Результаты: Положительный клинический эффект после проведенного курса ПУВА-терапии наблюдался в обеих группах пациентов в виде частичной или практически полной репигментации. При дальнейшем клиническом наблюдении пациентов (через 2, 4 и 6 месяцев) наиболее стойкие результаты от проведенной терапии были получены в группе больных в терапии которых был добавлен гель «Витискин». В контрольной группе наблюдался больший процент депигментаций (20%) на участках с восстановленным пигментом в сравнении с исследуемой группой (8%).

Вывод: Гель «Витискин» может быть рекомендован больным витилиго после прохождения курса ПУВА-терапии на участки восстановленного пигмента, с целью предотвращения рецидива, в виде появления депигментаций.

### **ЗНАЧЕНИЕ УРОВНЯ БЕТА-ЭНДОРФИНОВ В ПАТОГЕНЕЗЕ РОЗАЦЕА**

**Неговелова А.В., Иванцова Д.С., Исаева О.И.**

**Ростовский государственный медицинский университет**

**Научный руководитель – к.м.н., доц. Кузина З.А., асс. Бурменская Е.С.**

Цель – изучение уровня  $\beta$ -эндорфинов у пациентов с розацеей.

Материалы и методы. Наблюдали 48 пациентов, страдающих розацеей, обратившихся в клинику кожных болезней РостГМУ. Помимо жалоб на высыпания, у всех больных отмечалась сопутствующая патология ЖКТ, а также низкая самооценка, эмоциональная лабильность, вегетативные расстройства снижение работоспособности. Известно, что отделы головного мозга, связанные с лимбической системой, содержат значительные количества иммунореактивного  $\beta$ -эндорфина, что позволяет предположить наличие его влияния на эмоции, активность, настроение. Достоинством данной работы является использование неинвазивной методики – определение антител (АТ) к  $\beta$ -эндорфинам методом ИФА в слюне пациентов с использованием набора реагентов для иммуноферментного определения АТ к эндогенным биорегуляторам. Полученные значения обрабатывались с помощью пакета программ «Statistica v.6». В качестве оценки психо-эмоционального состояния использовался тест для определения Самочувствия-Активности-Настроения (САН) и Школа Тревоги Гамильтона (ШГТ).

Результаты. Проведенное исследование выявило резкое снижение концентрации уровня б-эндорфинов ( $P < 0,01$ ) в слюне у всех больных, страдающих розацеа: средний показатель АТ к б-эндорфинам –  $0,094 \pm 0,027$  ед. Нормальные значения составляют  $0,291 \pm 0,092$ . Практически у всех пациентов (95 %) уровень по ШТГ составил 17 б., что соответствует тревоге. Средние показатели САН: самочувствие – 3,1, активность – 3,5, настроение – 2,9, что свидетельствует о низкой самооценки субъективного состояния. У 15 пациентов удалось проследить уровень уровня б-эндорфинов в слюне в динамике до и после лечения. Изучив катмнез данных пациентов, можно отметить сохранность сопутствующей патологии ЖКТ и низкого уровня б-эндорфинов в слюне, несмотря на длительное отсутствие рецидива.

Выводы. Результаты исследования позволяют сделать вывод о снижении уровня б-эндорфинов в слюне больных розацеа, что, по-видимому, обусловлено конституциональными особенностями данной группы пациентов. В связи с этим таким пациентам рекомендуется применение препаратов, направленных на коррекцию психо-эмоционального фона (глицин, триптофан, таурин, Ладастен, Тералиджен и др.)

## **ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ МИКРОБНОЙ ЭКЗЕМОЙ НА ФОНЕ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ**

**Кашаева А.И., Миняева Д.В., Абдрахимова Н.А.**  
**Башкирский государственный медицинский университет**  
**Научный руководитель – к.м.н., асс Мухаммадеева О.Р., к.м.н., асс. Кашаев М.Ш.**

Варикозная микробная экзема – дерматоз, часто осложняющий течение варикозной болезни нижних конечностей.

Целью нашего исследования являлась разработка оптимальной тактики лечения варикозной микробной экземы.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находились 98 пациентов, проходивших лечение в РКБ им. Г.Г. Куватова и ГКВД г. Уфы с диагнозом варикозная микробная экзема на фоне варикозной болезни нижних конечностей. Пациентам I группы ( $n=50$ ) проводили комплексную консервативную терапию экземы до полного заживления очагов, затем выполняли венэктомию. Во II группе ( $n=48$ ) проводили консервативную терапию экземы до стихания активного воспаления, венэктомию и далее продолжали наружную терапию. Консервативное лечение включало назначение системной терапии (антибиотики, антигистаминные и десенсибилизирующие, антиагреганты, флеботоники) и наружной – глюкокортикоидные мази в комбинации с антибиотиками, цинковой или стрептоцидовой пастой. Также все пациенты носили компрессионный трикотаж II класса.

Результаты. У пациентов I группы через 2 недели после венэктомии на фоне гиперпигментации кожи наблюдалось появление воспалительных очагов округлой формы с четкими границами в виде скопления мелких папул, везикул, серозно-гнойных корок и шелушения на поверхности, что требовало повторной госпитализации пациентов для лечения дерматоза.

Во II-ой группе после операции благодаря противорецидивной консервативной терапии, наблюдалось только шелушение на фоне очагов гиперпигментации. Сухость кожи корректировали назначением эмоленов.

Средние сроки полного заживления очагов варикозной экземы в I группе составили  $122,8 \pm 15,8$  дней, а длительность нетрудоспособности после операции  $31,1 \pm 7,3$  дней; во II группе –  $62,3 \pm 6,1$  и  $18,9 \pm 3,8$  соответственно. Наблюдение за пациентами II-ой группы в сроки от 3 до 6 месяцев не выявило рецидивов возникновения очагов экземы.

Вывод. Предпочтительной тактикой лечения варикозной микробной экземы является сочетание предварительной консервативной и активной хирургической тактики с дальнейшим противорецидивным консервативным лечением, поэтому лечение заболевания должно проводиться совместно дерматологами и сосудистыми хирургами, что позволит значительно улучшить результаты терапии.

## **К 150-ЛЕТИЮ СО ДНЯ РОЖДЕНИЯ ПРОФЕССОРА КАФЕДРЫ ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИИ В.Ф. БУРКСДОРФА: НЕИЗВЕСТНЫЕ ФРАГМЕНТЫ БИОГРАФИИ**

**Леухин Р.В., Рагимова А.А.**  
**Казанский государственный медицинский университет**  
**Научный руководитель – д.м.н., проф. Файзуллина Е.В.**

Родился Владимир Федорович в селе Лысково Нижегородской губернии 17 мая 1864г. в семье чиновника, и, получив образование в Симбирской гимназии, поступает на медицинский факультет Казанского Императорского Университета, с получением в 1889г. степени лекаря и звания уездного врача. В этом же году он поступает сначала сверхштатным, затем, штатным ординатором при клинике кожных и венерических болезней профессора А.Г.Ге, а спустя 8 лет-назначается штатным ассистентом кафедры. Будучи молодым ученым ведет переписку с ведущими врачами Европы, часто выезжает в заграничные командировки, где проходит теоретический и практический курс фототерапии под руководством профессора Н.Финзена. По возвращении в Россию, при поддержке профессора А.Г.Ге, Владимир Федорович получает пожертвование от императрицы Марии Федоровны на покупку светолечебного оборудования для новой клиники. В 1902г. после блестящей защиты докторской диссертации, получает звание приват-доцента «сифилитических и накожных болезней» с поручением чтения частного курса фототерапии. Его увлекательные и содержательные лекции привлекают большое количество студентов. После смерти своего учителя профессора А.Г.Ге избирается заведующим кафедрой кожных и венерических болезней. По его инициативе на кафедре создается гистологическая и бактериологическая лаборатории. Вместе с приглашенным художником-муляжистом Э.Э.Спориусом В.Ф.Бургсдорф организывает муляжную мастерскую, и создает музей с большим количеством наглядных пособий. Во время гражданской войны консультирует в окружном госпитале заболевших бойцов Красной Армии. После призыва сотрудников кафедры, он длительное время один с фельдшерницей С.А.Колокольниковой ведет всю клинику, выполняя функции ординаторов, ассистентов, принимая все меры по поддержанию клиники на высоком уровне. В 1927г. ввиду расстроенного здоровья и рекомендаций о смене климата, В.Ф.Бургсдорф покидает пост заведующего кафедрой и переезжает в Тифлис, где поступает на кафедру кожных и венерических болезней и продолжает преподавание до своей смерти. Ведется переписка с Тбилиским медицинским университетом по изучению неизвестных фактов биографии казанского ученого-дерматовенеролога.

## **КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ПСОРИАЗА У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ**

**Осипова М.С.**  
**Казанский государственный медицинский университет**  
**Научный руководитель – д.м.н., проф. Батыршина С.В.**

Сведения о распространенности и заболеваемости сахарным диабетом 2 типа из числа больных псориазом и без него в англоязычной литературе представлены по результатам систематических обзоров за период с 1 января 1980 года по 1 января 2012 года, изложенных в MEDLINE, EMBASE и Cochrane базах данных. Среди исследований причин заболеваемости

специалистами было указано, что псориаз был связан с относительным риском, определяемым в доверительном интервале 1,25 – 2,12 для развития диабета. Установлено, что псориаз связан с увеличением распространенности и заболеваемости сахарным диабетом. Ассоциация псориаза с диабетом в особенности четко прослеживается среди пациентов с тяжелыми формами псориаза.

Целью нашего исследования было выявление распространенности и клинических особенностей течения псориаза у пациентов, страдающих сахарным диабетом.

Из 15 пациентов, страдающих псориазом (10 женщин и 5 мужчин), ко-морбидное состояние в варианте сахарного диабета зарегистрировано у 3 (20,0%), 2 из которых были женщины и 1 мужчина. Критерии оценки «диагноз сахарного диабета» получены при заполнении пациентами анкет и лабораторным данным, отмеченных в историях болезни. Длительность их заболевания сахарным диабетом составила от 8 до 15 лет, стаж заболевания псориазом у этих пациентов был от 5 до 15 лет. Наследственность отягощена по псориазу у 1 (33,3%) пациента и по сахарному диабету также у 1 (33,3%), сочетание псориаза и сахарного диабета в наследственном анамнезе не наблюдалось.

Клинически псориаз у всех троих пациентов протекал в варианте осложненного течения. Регистрировалась артропатия с поражением как мелких, так и крупных суставов. Дерматологические проявления представлены в виде псориазической эритродермии, пустулезного и себорейного вариантов соответственно с высоким индексом PASI. В то же время группе 12 пациентов без диабета преобладал вульгарный псориаз, отмеченный у 9 (75,0%) из них.

Наши предварительные исследования свидетельствуют о необходимости пролонгирования диагностического маршрута больных псориазом, что позволит изменить и дополнить терапевтические рекомендации для данной категории.

## **АНАЛИЗ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЙ СИТУАЦИИ И ДИНАМИКА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ СИФИЛИСОМ НА ТЕРРИТОРИИ КУРСКОЙ ОБЛАСТИ**

**Тарасова Е. А.**

**Курский государственный медицинский университет**

**Научный руководитель – к.м.н., асс. Исаенко Т. П., к.м.н., доц Пашина И.В.**

Сифилис является одной из наиболее актуальных проблем современной дерматовенерологии. Последнее десятилетие XX века характеризовалось чрезвычайно высокой заболеваемостью этой инфекцией в России и странах Восточной Европы.

Целью исследования является оценка особенностей эпидемиологического процесса сифилиса на современном этапе.

Нами проведен анализ статистических показателей медицинского обслуживания населения Курской области.

Полученные результаты. Анализ эпидемиологической ситуации показал, что за последние 12 лет на территории Курской области было зарегистрировано 26 000 случаев заражения сифилисом.

Нами отмечена благоприятная тенденция снижения заболеваемости сифилисом за весь период наблюдения. В 2001 году приходится 141 больной на 100 тысяч населения, далее по 2006 год включительно идет спад заболеваемости. В 2007 году наблюдается подъем с 92,9 до 102,7. После чего происходит значительное снижение, и уже в 2011 году - 48,5 человек, а в 2012 - до 37,4.

Большое значение имеет стадия, на которой было выявлено заболевание. При анализе 4 лет выявилась некоторая закономерность. Самым часто выявляемым периодом сифилиса является ранний скрытый. Также было выявлено большое количество больных при вторичном сифилисе. Остальные периоды выявляются значительно реже.

В гендерной структуре на протяжении всего периода наблюдения сохранялось соотношение между мужчинами и женщинами примерно равное 1:1.

Значимой проблемой нашего времени является омоложение пациентов с венерическими заболеваниями. Анализ данных показал, что самый распространенный возраст больных сифилисом - с 18 по 29 лет на протяжении всего срока.

За 4 последних года снижение заболеваемости сифилисом в возрастной группе 0-14 лет в среднем составило 16%. В подростковой группе темп снижения меньше, изменение произошло на 12%. В возрастной группе 18-29 лет заболеваемость уменьшилась на 14%, 30-39 лет - на 19,2%, в группе свыше 40 лет - на 15, 8%.

Мы провели статистический анализ городских и сельских жителей, который дал нам показательный результат: 60% заболевших - городские жители, соответственно, 40% - сельские.

## **АНАЛИЗ ФАКТОРОВ РИСКА, ЭТИОЛОГИИ И КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ ТОКСИКОДЕРМИИ**

**Усманова А.Р., Губаева Д.Н., Давыдов Ю.В.**

**Казанский государственный медицинский университет**

**Научный руководитель – д.м.н., проф. Файзуллина Е.В.**

В настоящее время ученые отмечают рост заболеваемости токсикодермией. По данным Роспотребнадзора РФ, ежегодно около 200000 человек заболевают токсикодермией, из них у 50000 человек развиваются тяжелые формы, требующие госпитализации.

Цель работы: изучить факторы риска, этиологию и особенности клинических проявлений токсикодермии.

Материалы: анкета-опросник, включающая вопросы о возможных факторах риска, причинах и имеющихся симптомах токсикодермии; карта экспертной оценки, в которой отражен весь спектр дерматологических проявлений заболевания и выставлена оценка тяжести токсикодермии по дерматологическому индексу шкалы симптомов (ДИШС).

Методы: анализ литературы, анамнестический, клинико-социальное анкетирование, физикальное обследование пациентов опытной группы (n=40) и группы контроля (n=40).

Результаты и выводы.

Токсикодермия чаще встречается у женщин (30 случаев, 75%), что может быть связано с перекрестной сенсибилизацией с компонентами косметических средств и бытовой химии.

Курящие люди больше подвержены развитию токсикодермии. Среди пациентов количество курящих составило 7 человек (17,5%), бросивших курить – 6 (15,0%), в контрольной группе – 1 (2,5%) и 3 (7,5%) человека соответственно (P=0,034).

Из профессиональных факторов на развитие заболевания достоверно влияет наличие вредных химических веществ, которое отметили 9 пациентов (22,5%) и 1 человек из группы контроля (2,5%) (P=0,014).

Пациенты, страдающие токсикодермией больше употребляли морепродуктов – 30%, против 12,5% в группе контроля (P=0,099), что также является серьезным фактором сенсибилизации.

Основными симптомами (по 10-балльной шкале) в период разгара заболевания являлись: покраснение ( $8,4 \pm 0,3$ ), дискомфорт ( $7,8 \pm 0,5$ ), зуд ( $7,7 \pm 0,5$ ) и наличие высыпаний ( $7,5 \pm 0,5$ ). В более тяжелых случаях: боль ( $0,6 \pm 0,3$ ) и поражение слизистых оболочек ( $1,4 \pm 0,4$ ).

Этиологическими факторами токсикодермии наиболее часто являлись пищевые продукты – 14 случаев (35%), антибиотики – 7 (17,5%), противовоспалительные и обезболивающие средства – 6 (5%).

По ДИШС у пациентов со средней степенью тяжести выявилось достоверно более выраженное проявления зуда ( $2,0 \pm 0,3$ ), отека ( $1,5 \pm 0,3$ ) и экскориаций ( $0,1 \pm 0,09$ ), нежели при легкой степени данного заболевания –  $2,8 \pm 0,1$ ,  $2,5 \pm 0,2$  и  $1,8 \pm 0,3$  соответственно ( $P < 0,001$ ).

## **ЛАБОРАТОРНО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ МИКОЗОВ**

**Закирова А.А.**

**Казанский государственный медицинский университет**

**Научный руководитель – д.м.н., проф. Файзуллина Е.В.**

Целью настоящего исследования явилось проведение ретроспективного анализа клинико-лабораторных данных лиц, обратившихся в микологическую лабораторию КНИИЭМ в 2010г. по поводу предполагаемой грибковой инфекции. Задачами исследования явилось выявление возбудителей микозов различных локализаций, с учётом половых и возрастных особенностей заболевших и определение потенциальной эффективности антимикотических препаратов. Материалы и методы: клинико-лабораторный мониторинг, статистический анализ результатов.

Результаты. Нами был проведён анализ лабораторного обследования 2013 пациентов, из которых мужчины составили 864 (43%), женщины – 1149 (57%) человек. Выяснено, что на первом месте остаётся поражённость ногтевых пластинок: у 40% (812) обследованных выявлен онихомикоз. На втором месте слизистые оболочки – 322 пациента (16%), и у 272 лиц (14%) грибковое поражение кистей и стоп. Реже всех обращались для исследования лица, с грибковыми инфекциями волосистой части головы – 16 (0,8%). Среди возбудителей онихомикозов преобладают плесневые грибы 498 (36%), затем дрожжевые 458 (33%) и дерматофиты 441 (32%). Часто встречаются сочетанные поражения ногтей. Наиболее эффективным препаратом на основании определения чувствительности к антимикотикам, является тербинафин. При поражении слизистых оболочек в 58% (187) случаев возбудители – дрожжеподобные грибы *Candida Albicans*. При изучении возбудителей микозов гладкой кожи выявлено соотношение: дрожжевые 46% (82), дерматофиты – 34% (60), и плесневые – 20% (36). Потенциально эффективным препаратом, является итраконазол. В связи косметическими аспектами, мы решили проанализировать обсемененность кожи лица у пациентов, с высыпаниями и при подозрении на микоз. Дрожжеподобные грибы рода *Candida Albicans* составили 38 (57%), плесневые *Aspergillus Niger* и *Penicillium chrysogenum* 21 (32%), и 7 (11%) дермафиты *Trichopchiton rubrum*, *Trichopchiton spp.*

Вывод. На основании проведённого исследования выявлено, что чаще для лабораторной диагностики микозов обращаются женщины, по сравнению с мужчинами (57% и 42 %). Основными возбудителями микозов по-прежнему остаются *Candida Albicans* 34% (904), *Aspergillus Niger* 14% (369), *Trichopchiton rubrum* 9% (244). Наиболее эффективным антимикотическим препаратом широкого спектра действия остаётся тербинафин.

## **НОРМОЦЕНОЗ ВЛАГАЛИЩА КАК ПОКАЗАТЕЛЬ ЖЕНСКОГО ЗДОРОВЬЯ**

**Быкова Н.Е.**

**Казанский государственный медицинский университет**

**Научный руководитель – д.м.н., проф. Батыршина С.В.**

Нормальная микрофлора человека - совокупность микробиоценозов, занимающих экологические ниши на коже и слизистых оболочках. На основании данных о микробиоценозе влагалища, включающем в себя жидкостный, клеточный компоненты и микрофлору, можно судить об урогенитальном здоровье женщин. Жидкостный компонент - секрет цервикальных и бартолиновой желез, серозный транссудат. Клеточный-клетки эпителия влагалища, цервикального канала и тела матки, лейкоциты, эритроциты. Микрофлора-грамположительные (лактобактерии, бифидобактерии, мобилункусы, *Atopobium vaginae*) и грамотрицательные (превотеллы, порфиромонасы, вейлонеллы) облигатно-анаэробные бактерии, факультативно - анаэробные бактерии (гарднереллы, микоплазмы, энтеробактерии, дрожжеподобные грибы рода *Candida*). Среди них есть представители как нормальной, так и условно-патогенной микрофлоры. Нормоценоз-преобладание нормальной микрофлоры, которая формирует защитный барьер влагалища, создаваемого кислой рН, продукцией защитных факторов (перекиси водорода, каталазы, бактериоцинов, лизоцима, биосурфактантов), синтезом аминокислот и витаминов, стимуляцией иммунной системы (выработка IgA).

Гармоничное состояние вагинальной экосистемы и успешное функционирование сформированного защитного барьера возможно только при адекватной взаимосвязи всех ее компонентов, которая строго регулируется иммунной, эндокринной системами, отражает их функциональное состояние и зависит от факторов внутренней и внешней среды. Четко циклично меняющаяся гормональная активность обуславливает характерный жидкостный, клеточный состав и, в особенности, состав микрофлоры влагалища с преобладанием в первые дни менструального цикла условно-патогенной микрофлоры, а в последующие лактобациллярной.

Изменение численности того или иного вида микроорганизмов во влагалищном биотопе или появление не свойственных данному месту обитания бактерий служат сигналом об адаптивных или необратимых изменениях в системе органов репродукции. В связи с этим мониторинг состояния влагалищного микробиоценоза очень важен для оценки урогенитального здоровья женщин и при необходимости его своевременной коррекции.

## **СИНДРОМ СТИВЕНСА-ДЖОНСОНА И СИНДРОМ ЛАЙЕЛА: ЭТИОЛОГИЧЕСКИЕ И ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ**

**Рустамов М.Н., Аббасов У. И.**

**Казанский государственный медицинский университет**

**Научный руководитель – к.м.н., асс. Халилов Б.В.**

Синдром Стивенса—Джонсона относится к тяжелым системным аллергическим реакциям замедленного типа (иммунокомплексным) и представляет собой тяжелый вариант течения многоформной эритемы, при которой наряду с поражением кожи отмечается поражение слизистых оболочек как минимум двух органов. Заболевание чаще возникает в



возрасте 20—40 лет, однако описаны случаи его развития и у трехмесячных детей. Мужчины заболевают в 2 раза чаще женщин. Более чем в 50% случаев причина заболевания остается неизвестной. В связи с этим цель настоящей работы – на основании литературных данных сформулировать современные представления о этиологии и механизмах развития синдрома Стивенса-Джонсона.

На сегодняшний день точная последовательность молекулярных и клеточных событий, которые ведут к развитию синдрома Стивенса-Джонсона понятна только отчасти. Предполагаемый патогенез должен принять во внимание редкость этой реакции и участие специфических типов лекарств. Убедительные факты наводят на мысль, что синдром Стивенса-Джонсона связан с нарушенной способностью обезвреживать реактивные промежуточные лекарственные метаболиты. Полагают, что они инициируются иммунным ответом на антигенный комплекс, сформированный реакцией таких метаболитов с определенными тканями хозяина. Также, возможно, играет роль генетическая восприимчивость, что подтверждается повышенной частотой встречаемости HLA-B12 у лиц, которые заболели токсическим эпидермальным некролизом (синдром Лайела) из-за аллопуринола. Генетическая предрасположенность к синдрому Стивенса-Джонсона и синдрому Лайела, по данным последних исследований в китайской популяции, определяется аллелем HLA-B\*5801. Кроме того, сильная связь между HLA-B\*5802 и индуцированным карбамазепином синдромом Стивенса-Джонсона была описана в той же самой популяции. Наконец, аллель HLA-DQB1\*0601 описали у внушительно несоразмерного числа белых больных с синдромом Стивенса-Джонсона и глазными осложнениями, наводят на мысль, что эта аллель может давать повышенный риск для данного особого клинического фенотипа.

## **ХРОНИЧЕСКИЕ ДЕРМАТОЗЫ В ПРАКТИКЕ ВРАЧА-ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГА**

**Габелко К.Н.**

**Казанский государственный медицинский университет  
Научный руководитель – д.м.н., проф. Шамов Б.А.**

К хроническим дерматозам (ХД) относят атопический дерматит (АД), псориаз (П), экзему, которые относят к группе «болезней цивилизации». Для современных клинических проявлений ХД характерно упорное тяжелое течение, частые длительные рецидивы, рост тяжелых и атипичных форм, сокращение периода ремиссии, осложнение вторичной инфекцией, развитие резистентности к терапии.

В настоящее время не решены вопросы этиологии и патогенеза ХД. При этом установлены факторы риска развития ХД (внутренние, и внешние воздействия, факторы усугубляющие воздействие триггеров). Существующие методы лечения и профилактики ХД недостаточно эффективны, вследствие отсутствия единого подхода специалистов к оценке характера поражения кожи и понимания механизмов их формирования, недостаточной эффективности терапии из-за мультифакторности механизмов развития ХД, изменения генофонда, определяющих формирование заболеваний кожи. Диспансеризация больных с ХД позволит контролировать течение и частоту рецидивов и предупреждать инвалидность. Особое внимание должно быть уделено мониторингу и углубленному анализу причин, способствующих формированию инвалидизирующих форм ХД, приводящих к ограничению жизнедеятельности. При этом, в настоящее время не имеется эффективной модели взаимодействия в работе врачей первичного звена и дерматовенерологов при оказании медицинской помощи больным с ХД.

Таким образом, необходимо продолжать работу по выяснению этиологических, патогенетических механизмов ХД, совершенствовать методы лечения и профилактики.

## **ДЕТСКАЯ ХИРУРГИЯ**

### **ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ТРИВЕНТРИКУЛОЦИСТЕРНОСТОМИИ**

**Шабазова Э.С.**

**Казанский государственный медицинский университет  
Научный руководитель - к.м.н., Фатыхова Э.Ф., д.м.н., проф. Гребнев П.Н.**

Цель. Проанализировать ряд эндоскопических операций на головном мозге, выполненных в отделении нейрохирургии Детской республиканской клинической больницы (ДРКБ) и оценить эффективность эндоскопической тривентрикулоцистерностомии (ТВЦС).

Материалы и методы. С 2006 по 2013 год в отделении нейрохирургии ДРКБ было проведено 120 эндоскопических вмешательств, среди которых были: ТВЦС, эндоскопическая фенестрация кист и межжелудочковой перегородки, акведуктопластика, эндоскопическая вентрикулоскопия с целью ревизии полости желудочков или биопсии патологической ткани и другие. На лечении в клинике находилось 92 ребенка с различными формами окклюзионной и сообщающейся гидроцефалии (поствоспалительная, постгеморрагическая), поликистозом головного мозга и объемными образованиями ЦНС различного происхождения. Возраст пациентов варьировал от нескольких дней до 17 лет. Визуализация осуществлялась с помощью МРТ, КТ и нейросонографии.

Результаты. За данный период времени на долю эндоскопической ТВЦС пришлось 35% наблюдений (42 операции). В 33,3% (14 операций) - после создания альтернативного пути оттока ликвора нарушения ликвороциркуляции купировались. В 7% наблюдений (3 операции) выполнялась повторная ТВЦС, в связи с дисфункцией ранее наложенной стомы. Срок между вмешательствами составил от 3 месяцев до 2,5 лет. У остальных пациентов ТВЦС была неэффективной, вследствие чего им устанавливалась ликворошунтирующая система. Проводился анализ успешно выполненных ТВЦС, которые в дальнейшем не требовали повторных вмешательств. Эффективность ТВЦС при объемных образованиях головного мозга составила 97,6%, а при врожденной гидроцефалии - 66,6%. Проведение ТВЦС пациентам при постгеморрагической и поствоспалительной гидроцефалии было эффективным соответственно в 25% и 16,6% наблюдений.

Выводы. По результатам наблюдений эндоскопическая ТВЦС является эффективным хирургическим методом лечения больных при врожденной окклюзионной гидроцефалии и объемных процессах головного мозга.

## **ЭНДОВИДЕОХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДЕТЕЙ С КИСТОЗНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПОЧЕК**

**Гармонова О.А.**

**Казанский государственный медицинский университет  
Научный руководитель – д.м.н., проф. Акрамов Н.Р.**

Актуальность: Радикальные оперативные вмешательства при лечении детей с кистозными заболеваниями сопровождается высокой травматичностью. В связи с чем, в настоящее время разрабатывается большое количество альтернативных методов хирургического лечения.

Цель: Совершенствование хирургического лечения кистозных заболеваний почек у детей путём разработки и внедрения операций по методикам единого и одностроакарного ретроперитонеоскопических доступов.

Материалы и методы: С декабря 2010 г по февраль 2014 г выполнено 27 ретроперитонеоскопических операций у детей с кистозными поражениями почек в возрасте от 2 до 17 лет. Были выполнены следующие хирургические вмешательства: а) внутренняя марсупиализация кисты при простых (солитарных) кистах почек и поликистозе по методике единого ретроперитонеоскопического доступа – 10, а с ноября 2013 г по методике одностроакарного ретроперитонеоскопического доступа – 5; б) нефрэктомия при мультикистозе почки по методике единого ретроперитонеоскопического доступа – 12. Для выполнения операций были использованы разработанные совместно с фирмой «МФС» (Россия) трёхканальный порт, адаптированный для применения у детей (патентное свидетельство №98882), SILS Port (Covidien, USA), а также лапароскоп 5 мм с рабочим каналом 3,5 мм (Richard Wolf, Germany)

Результаты: Длительность операций составляла 30-80 минут. Средняя продолжительность – 55 мин. Длина разреза не превышала 3,0 см при использовании единого ретроперитонеоскопического доступа и 1 см при выполнении хирургических вмешательств по методике одностроакарного ретроперитонеоскопического доступа. Величина кровопотери варьировала от 0 до 5 мл. Осложнений во время операций и в раннем послеоперационном периоде не наблюдалось. Все дети выписаны домой с выздоровлением на 3-7 сутки после операции.

Выводы: Единый ретроперитонеоскопический доступ и одностроакарный ретроперитонеоскопический доступ обладают отличным косметическим эффектом и могут применяться у детей при лечении кистозных заболеваний почек. При накоплении навыков применения технологий единого и одностроакарного ретроперитонеоскопических доступов количество и спектр выполняемых эндовидеохирургических операций у детей возрастает.

## **ПРИНЦИПЫ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ, ЛЕЧЕНИЯ И ПРОФИЛАКТИКИ СЕПСИСА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА**

**Зиганшин И.М.**

**Казанский государственный медицинский университет  
Научный руководитель – к.м.н., асс. Мустафин А.А., д.м.н., проф. Гребнев П.Н.**

В настоящее время, несмотря на использование современных методов интенсивной терапии, сепсис по-прежнему, остается одной из самых актуальных проблем современной медицины в силу неуклонной тенденции к росту заболеваемости тяжелого сепсиса среди пациентов ОРИТ составляющий от 2% до 18% и стабильно высокой летальности при тяжелом сепсисе и септическом шоке составляющем 60-70%.

Цель: определить наиболее часто встречаемые причины развития сепсиса, провести анализ снижения Siv02 (сатурация венозной крови), как раннего признака септического процесса и разработать оптимальные методы лечения, диагностики и профилактики сепсиса.

Материалы и методы: проведен анализ историй болезней 82 детей отделения кардиореанимации ДРКБ МЗ РТ, в возрасте до 1 года с развившимися инфекционными осложнениями в послеоперационном периоде в 2013 году. Из которых у 8 детей выявлен сепсис, подтвержденный положительным посевом крови, из них у 5 детей сепсис диагностирован посмертно.

Результаты: Основным возбудителем явился: *Stenotrophomonas maltophilia* являющаяся наиболее устойчивой бактерией. Информативными методами исследования явились клинические признаки: нарушения сознания, гипотонии, длительной лихорадки. Чувствительным лабораторным маркером в 100% случаях явился прокальцитонин, на фоне нарастающего СРБ в 75% случаев, тромбоцитопения на фоне лейкоцитоза в 62,5% случаев, падение сатурации венозной крови - 95%.

При оценке эффективности терапии улучшение клинико-лабораторных показателей наблюдалось при комплексном назначении антибиотиков карбапенемового и цефалоспоринового ряда на фоне применения иммуноглобулинов.

Выводы:

1. Было выявлено, что наиболее частым выявленным возбудителем при развитии сепсиса явился *Stenotrophomonas maltophilia*.
2. Наиболее чувствительным методом диагностики сепсиса является определение прокальцитонина сыворотки крови.
3. Наиболее ранним признаком, свидетельствующим, о возможном течении сепсиса явилось снижение Siv02.
4. Сочетание антибиотиков карбапенемового и цефалоспоринового ряда, на фоне применения иммуноглобулинов явилось наиболее эффективным при терапии сепсиса.
5. Эффективной профилактикой сепсиса является раннее назначение пациентам группы риска иммуноглобулинов и антибиотиков, с эффективностью по посевам к наиболее часто встречаемым возбудителям в отделении.

## **ЛАЗЕРНОЕ И МЕДИКАМЕНТОЗНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ГЕАНГИОМ У ДЕТЕЙ**

**Нурмеева А.Р., Миролюбов А.Л., Ибрагимов С.В.**

**Казанская государственная медицинская академия  
Научный руководитель – д.м.н., проф. Миролюбов Л.М., д.м.н., доц. Нурмеев И.Н.**

Актуальность совершенствования технологий диагностики и лечения определяется современными высокими эстетическими требованиями и необходимостью социальной адаптации пациентов. Функциональные нарушения, косметическая неудовлетворенность пациентов и трудности психологического характера накладывают серьезные ограничения на тиражирование наблюдательной тактики.

Цель исследования – обобщение опыта лечения гемангиом у детей с применением медикаментозного лечения (пропранолол) и лазерной коагуляции в комбинации с криотерапевтическим воздушным потоком.

Материалы и методы: В 2007-2013 гг. в ДРКБ МЗ РТ проведено лечение более 3500 пациентов в возрасте от новорожденности до 15 лет. Для объективизации показаний к началу лечения применяли разработанный способ

2013113161/14(019519). Локализация новообразований: голова и лицо – 61,2% случаев, половые органы и промежность – 5%, конечности – 12,5%, туловище – 13,7%, две и более гемангиом – 7,6%. В 42 случаях (1,68%) отмечали изъязвление гемангиом.

В группе медикаментозного лечения (102 случая) применяли терапию пропранололом со стационарной и амбулаторной фазами (в рамках одноцентрового открытого несравнительного проспективного научного исследования «Оценка эффективности и безопасности лечения детей с ангиодисплазиями и гемангиомами способом склеротерапии»). В группе инвазивного лечения применяли Nd:YAG лазер 1064 нм и IPL 560 нм (выполнено более 4000 лечебных процедур). Для контроля результатов применяли серии цифровых фотоснимков.

Результаты: Излечение достигнуто во всех случаях. В двух случаях в послеоперационном периоде отмечено изъязвление обширной гемангиомы большой половой губы (1) и кисти (1), потребовавшие местного лечения. Осложнений не отмечено.

Заключение: Индивидуальный выбор современных средств лечения гемангиом позволяет получить хорошие медицинские и эстетические результаты. Появление в арсенале специалиста эффективной медикаментозной терапии и современных лазерных технологий позволяет добиться хороших лечебных и эстетических результатов при минимальной инвазивности лечебного процесса.

#### **ОСОБЕННОСТИ ВЫБОРА ЭНЕРГЕТИЧЕСКИХ ПАРАМЕТРОВ ВНУТРИСОСУДИСТОЙ ЛАЗЕРНОЙ КОАГУЛЯЦИИ ВАРИКОЗНО РАСШИРЕННЫХ ВЕН**

**Миролюбов А.Л., Ибрагимов С.В., Нурмеева А.Р.**

**Казанский государственный медицинский университет**

**Научный руководитель – д.м.н., доц. Нурмеев И.Н., д.м.н., проф. Миролюбов Л.М.**

Эндоваскулярная лазерная коагуляция – наиболее совершенный современный способ лечения варикозного расширения вен нижних конечностей. Существующие рекомендации проведения лазерной коагуляции носят лишь общий характер и не отражают возрастных особенностей.

ЦЕЛЬ: Экспериментально обосновать оптимальные параметры лазерной коагуляции вен при лечении больных варикозным расширением вен нижних конечностей в различных возрастных группах.

МЕТОДЫ. Исследование проведено в 2013-2014 гг. в ДРКБ МЗРТ и РКБ МЗРТ, in vitro. Материалом послужили удаляемые открытым образом варикозно трансформированные вены. 3 серии включали в себя 2 группы подросткового возраста и 1 взрослую группу. Были изучены гистопатологические изменения в венозной стенке, наступающие при воссоздании методики ЭВЛК внутри участков вен при разных параметрах лазерного излучения, в разных возрастных группах и при различном наполнении вен кровью. Окраска препаратов гематоксилин-эозин. Результаты экспериментов показали, что степень поражения венозной стенки прямо пропорциональна энергии лазерного воздействия, при прочих равных условиях обратно пропорциональна возрасту пациента и обратно пропорциональна кровонаполнению вены в момент коагуляции. Применительно к настоящей работе был получен вывод о возможности эффективной лазерной коагуляции варикозных вен у подростков при более низких параметрах энергии, в сравнении со взрослыми пациентами.

**ВЫВОДЫ:**

Выбор адекватных параметров энергии лазерной коагуляции позволяет достигнуть эффективной и безопасной коагуляции патологических вен во всех случаях.

При лечении пациентов подросткового возраста рекомендуемые параметры энергии могут быть снижены на 25%.

Подготовлено в рамках гранта Президента РФ МД-809.2013.7

#### **НОВЕЙШИЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ**

**Хакимьянов А.И., Умаров Н.А.**

**Казанский государственный медицинский университет**

**Научный руководитель – д.м.н., доц. Нурмеев И.Н.**

Актуальность разработки технологий диагностики и лечения варикозного расширения вен нижних конечностей определяется ранним развитием заболевания.

Цель: обобщение опыта лечения варикозного расширения вен у детей и подростков.

Материал и методы исследования. В 2007-2013 гг. в ДРКБ МЗ РТ проведено лечение 242 пациентов с варикозно трансформированными венами нижних конечностей, средний возраст 13,4г±2мес. Чаще отмечали C1EPAs – ретикулярные расширенные подкожные вены, первичного характера (Классификация CEAP-1994).

Лечение начинали с амбулаторного назначения консервативной программы. Виды лечения: консервативная программа 242 (100%), флебэктомия 32 (13,2%), минифлебэктомия 12(5%), чрезкожный Nd:YAG лазер 26 (10,7%), эндоваскулярный Nd:YAG лазер 2(0,8%), компрессионная склеротерапия 7 (2,9%), IPL свет 5(2%), способ склерозирования вен №2013111245.

Контроль результатов: серии цифровых фотоснимков, ультразвуковые исследования.

Результаты. Своевременно начатая консервативная программа лечения приводила к излечению/улучшению у 33 (13,6%) и стабилизации процесса – у 73 (30,2%) пациентов. Отмечено улучшение у всех оперированных пациентов. Все пациенты были переведены в стадию C0 CEAP. Осложнений отмечено не было.

Выводы: 1.Лечение варикозного расширения вен нижних конечностей у детей и подростков требует индивидуального подхода; 2.Своевременно начатая консервативная тактика позволяет добиться излечения/улучшения у существенной группы больных; 3.Применение компрессионной склеротерапии и внутрисосудистой лазерной облитерации позволяет добиться излечения при наилучших послеоперационных косметических результатах;

Подготовлено в рамках гранта Президента РФ МД-809.2013.7

#### **ГЕМОДИНАМИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ СЛОЖНЫХ ПОРОКОВ СЕРДЦА ПО ФОНТЕНУ**

**Байрамов И.И.**

**Казанский государственный медицинский университет**

**Научный руководитель – д.м.н., проф. Миролюбов Л.М.**

Цель: Показать эффективность гемодинамической коррекции операции Фонтена по материалам отделения кардиохирургии МЗ РТ ДРКБ.

Материалы и методы исследования: Материалом послужили данные о проведении операции по Фонтену в отд. Кардиохирургии ДРКБ с 1998 по 2013 года. По материалам 26 пациентов был проведен анализ данных, где проводилось

сравнение дооперационного и послеоперационного состояния функционирования кровообращения. Отценка проводилась по показателям насыщения периферической крови кислородом.

Результаты: Насыщение периферической крови кислородом до операции составило 80-84 %. Насыщение периферической крови кислородом после операции составила 91-94%. В течение месяца после операции ребенку возвращался естественный окрас покровов, настраивался метаболизм, физическая активность. Возрастала интенсивность развития и обучения. Послеоперационная летальность составила 2 пациента (7,7%).

Заключение: Данный вид хирургической коррекции позволяет устранить или уменьшить системную гипоксемию, благодаря чему существенно улучшается функциональное состояние пациентов.

### **ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ЕДИНОГО ЭНДОВИДЕОХИРУРГИЧЕСКОГО ДОСТУПА ПРИ ЛЕЧЕНИИ И ДИАГНОСТИКЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ РЕПРОДУКТИВНОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ**

**Галлямова А.И.**

**Казанский государственный медицинский университет  
Научный руководитель – д.м.н., проф. Акрамов Н.Р.**

Хирургические заболевания органов половой системы составляют до 40% среди вероятных причин бесплодия у мужчин, обратившихся на прием к урологу. Существующие методы хирургического лечения детей с заболеваниями репродуктивной системы (открытые и классические лапароскопические операции) сопряжены с возможными осложнениями, связанными с многочисленными разрезами, и косметическими дефектами на теле после проведенного оперативного вмешательства. Развивающиеся технологии преследуют своей целью минимизировать операционную травму. Одним из способов снижения травматичности оперативного доступа в сочетании с обеспечением превосходного эстетического результата является уменьшение количества устанавливаемых троакаров.

Целью исследования является совершенствование хирургического лечения заболеваний репродуктивной системы у детей путём внедрения операций по методике единого лапароскопического доступа.

Материалы и методы: С марта 2010г по декабрь 2013г в отделении урологии ДРКБ МЗ РТ было выполнено 20 эндовидеохирургических вмешательств по методике единого лапароскопического доступа у детей с заболеваниями репродуктивной системы: из них при синдроме непальпируемых яичек - 11 (3 - орхопексий, 3 - орхоэктоми, 5 - диагностические), варикоцеле (9 операций типа high ligation). Для выполнения операций были использованы эластичный трехканальный порт лапароскопические ротируемые инструменты.

Результаты: Средняя продолжительность операций составляла 30-40 минут. Величина кровопотери составляла 0-5 мл. Послеоперационный период протекал без осложнений. Косметический результат при применении данного способа оценен нами как превосходный.

Выводы: Единый лапароскопический доступ может быть применен у детей при лечении заболеваний репродуктивной системы. Его использование при хирургическом лечении детей с заболеваниями репродуктивной системы позволяет реабилитировать пациентов в короткие сроки с прекрасным косметическим результатом.

### **РАССТРОЙСТВА МОЧЕИСПУСКАНИЯ У ДЕТЕЙ ПОСЛЕ ПЛАСТИКИ СПИННОМОЗГОВЫХ ГРЫЖ ПОЯСНИЧНО-КРЕСТЦОВОЙ ОБЛАСТИ**

**Гараев А.Т.**

**Казанский государственный медицинский университет  
Научный руководитель – д.м.н., доц. Морозов В.И., к.м.н., асс. Кадриев А.Г.**

Актуальность: Расстройства функций мочеиспускания как по типу недержание мочи, так и при задержки влияет на психоэмоциональное состояние не только самого ребенка, но и его родителей, со всеми вытекающими из этого социальными последствиями: успеваемость в школе, адаптация в коллективе. А также может привести к появлению вторичных воспалительных осложнений со стороны мочевыводящих путей.

Цель: Исследовать показатели нарушения мочеиспускания как до, так и после пластики спинномозговых грыж.

Материалы: на базе Детской Республиканской клинической больницы исследовано 22 больных с 2009 по 2012 годов, из них 16(72%) девочек 6(28%) мальчиков.

Методами послужили: оценка неврологического статуса, ультразвуковая диагностика, урофлоуметрия, микционная цистоуретрография, электромиография, экскреторная урография.

Результаты: У всех детей имелись неврологические нарушения: в виде нижнего вялого парапареза 14(64%), смешанного нижнего парапареза 8(36%), как до, так и после операции. Из 22 обследованных детей лишь у 2(9%) не было нарушений уродинамики, как до, так и после операции. У остальных 20 отмечалось нарушение уродинамики по типу недержания 14(64%) и задержки 6(27%) мочи.

Вывод: У большинства детей 20(91%) со спинномозговой грыжей имеются достаточно выраженные нарушения уродинамики, как до, так и после операции, которые требуют терапевтической коррекции на всех этапах лечения с целью предупреждения развития вторичных воспалительных осложнений со стороны мочевыводящих путей.

### **ВОЗМОЖНОСТЬ ПРОВЕДЕНИЯ ОДНОЭТАПНОЙ КОРРЕКЦИИ ПОЛОВОЙ СИСТЕМЫ У ДЕВОЧЕК С НАРУШЕНИЕМ ФОРМИРОВАНИЯ ПОЛА**

**Убушиев А.В., Вафина З.И.**

**Казанская государственная медицинская академия  
Научный руководитель – д.м.н., проф. Акрамов Н.Р., Закиров А.К.**

Одной из частых форм нарушений формирования пола с вирилизацией является врожденная дисфункция коры надпочечников. С 2002 года в ряде территорий РФ данное заболевание включено в неонатальный скрининг. В республике Татарстан за 2006-2013 гг. из 327756 обследованных новорожденных выявлено 16 больных с данным заболеванием. Вирилизация у девочек с нарушением формирования пола в большинстве случаев требует хирургической коррекции. Несмотря на сложность одноэтапной коррекции, объем хирургической травмы минимален и психосоциальная адаптация своевременна.

Материал и методы: На базе ГАУЗ ДРКБ МЗ РТ за период 2008-2013 гг. нами наблюдались 25 пациенток с нарушениями формирования пола с различной степенью вирилизации половой системы. Одноэтапная пластика была представлена в 20 случаях, двухэтапная в 5 случаях. Ход операции заключался в уменьшающей пластики клитора с

сохранением чувствительности головки, лабиопластики, выделении синуса и пластики влагалища, используя ткани синуса, крайней плоти и кожи промежности.

Результаты и обсуждение: В послеоперационном периоде ишемических изменений клитора не наблюдалось. Осложнения вагинопластики выявлены у двух пациенток 4 и 10 лет в виду гипоплазии и удвоения влагалища. В остальных случаях преддверие влагалища соответствовало физиологическому строению. Большинство матерей пациентов были удовлетворены внешним строением сформированных половых органов.

Заключение: Одноэтапная генитопластика, на наш взгляд, является операцией, соответствующей требованиям педиатрической хирургии, способствующей уменьшению оперативных вмешательств с хорошими результатами у детей с нарушением формирования пола.

## **ЭНДОВИДЕОХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ КИСТОЗНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПОЧЕК У ДЕТЕЙ**

**Байбиков Р.С., Гармонова О.А.**

**Казанский государственный медицинский университет**

**Научный руководитель – д.м.н., проф. Акрамов Н.Р.**

Актуальность: Радикальные оперативные вмешательства при лечении детей с кистозными заболеваниями сопровождается высокой травматичностью. В связи с чем в настоящее время разрабатывается большое количество альтернативных методов хирургического лечения.

Цель: Совершенствование хирургического лечения кистозных заболеваний почек у детей путём разработки и внедрения операций по методикам единого и одностроакарного ретроперитонеоскопических доступов.

Материалы и методы: С декабря 2010 г по февраль 2014 г выполнено 27 ретроперитонеоскопических операций у детей с кистозными поражениями почек в возрасте от 2 до 17 лет. Были выполнены следующие хирургические вмешательства: а) внутренняя марсупиализация кисты при простых (солитарных) кистах почек и поликистозе по методике единого ретроперитонеоскопического доступа – 10, а с ноября 2013 г по методике одностроакарного ретроперитонеоскопического доступа – 5; б) нефрэктомия при мультикистозе почки по методике единого ретроперитонеоскопического доступа – 12. Для выполнения операций были использованы разработанные совместно с фирмой «МФС» (Россия) трёхканальный порт, адаптированный для применения у детей (патентное свидетельство №98882), SILS Port (Covidien, USA), а также лапароскоп 5 мм с рабочим каналом 3,5 мм (Richard Wolf, Germany)

Результаты: Длительность операций составляла 30-80 минут. Средняя продолжительность – 55 мин. Длина разреза не превышала 3,0 см при использовании единого ретроперитонеоскопического доступа и 1 см при выполнении хирургических вмешательств по методике одностроакарного ретроперитонеоскопического доступа. Величина кровопотери варьировала от 0 до 5 мл. Осложнений во время операций и в раннем послеоперационном периоде не наблюдалось. Все дети выписаны домой с выздоровлением на 3-7 сутки после операции.

Выводы: Единый ретроперитонеоскопический доступ и одностроакарный ретроперитонеоскопический доступ обладают отличным косметическим эффектом и могут применяться у детей при лечении кистозных заболеваний почек. При накоплении навыков применения технологий единого и одностроакарного ретроперитонеоскопических доступов количество и спектр выполняемых эндовидеохирургических операций у детей возрастает.

## **ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ДИСТАЛЬНЫХ ФОРМ ГИПОСПАДИИ У МАЛЬЧИКОВ**

**Флегонтов А.Н., Петров Р.Д.**

**Казанский государственный медицинский университет**

**Научный руководитель – д.м.н., проф. Акрамов Н.Р., Закиров А.К.**

Актуальность. Гипоспадия – врожденный порок, встречающийся, по последним данным, у каждого 125–150 новорожденного. Коррекция гипоспадии возможна только путем хирургического вмешательства. В литературе описывается около 300 способов коррекции гипоспадии. Однако ни один из них не является универсальным, не гарантирует отсутствия послеоперационных осложнений и не удовлетворяет в полной мере всем требованиям современной медицины.

Цель. Оценить эффективность различных способов хирургической коррекции гипоспадии и их соответствие современным требованиям.

Материалы и методы исследования. В основе исследования лежала статистическая обработка данных операционных журналов Детской республиканской клинической больницы Министерства здравоохранения Республики Татарстан с 2008 по 2014 год. После обработки имеющихся данных были получены следующие сведения. За период с 2008 г. по 2014 г. на базе данной больницы было оперировано 159 пациентов с дистальными формами гипоспадии уретры. Из них 63 пациента – по методике TIP, 60 – Mathiue в модификации (с рассечением уретральной площадки по Snodgrass), 3 – Hodson-II, 4 – Hodson-III, 6 – меатогланулопластика и 23 – 2-х этапной коррекции Dupley.

Результаты. У 14 мальчиков (8,8%) возникли послеоперационные осложнения, требующие повторного хирургического вмешательства. Из них свищи уретры образовались у 8 (5,03%), расхождение головчатой части наблюдалось у 6 пациентов (3,77%). Хирургическое устранение осложнений при TIP методике потребовалось в 4 случаях (5,97%), среднее количество операций на одного пациента составило 1,06; при Mathiue в модификации – 5 (7,69%), среднее количество операций – 1,1; при Hodson-II осложнений не было, среднее количество операций – 1,0; при Hodson-III – 1 (25%), среднее количество операций – 1,25; при меатогланулопластике – 1 (16,67%), среднее количество операций – 1,16 и при Dupley – 3 (13,04%), среднее количество операций – 2,13.

Заключение. Хирургическая коррекция дистальных форм гипоспадии по способам TIP и Mathiue в модификации имеет меньшее количество осложнений (5,97-7,69%) по сравнению с другими представленными способами, а среднее количество операций на одного пациента приближается к 1.

## **ЭФФЕКТИВНОСТЬ ТОРАКОСКОПИИ В КОРРЕКЦИИ АТРЕЗИИ ПИЩЕВОДА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА**

**Кривошеин Г.А., Нам А.В.**

**Казанский государственный медицинский университет**

**Научный руководитель – к.м.н., асс. Подшивалин А.А., Зыкова М.А.**

Актуальность данной темы обусловлена ростом частоты пороков развития пищевода у новорожденных, а также ранней диагностикой патологии, которая часто осуществляется в антенатальном периоде.

Цель: Изучить причины и различные методы хирургического лечения атрезии пищевода у новорожденных и продемонстрировать наиболее эффективный из них.

Материалы и методы: В ДРКБ МЗ РТ за 2011- по 2013 пролечено – 30 пациентов с различными формами атрезии пищевода. Из них 3(10%) – с бессвищевой формой атрезии пищевода; 1(3.3%)- с верхним трахеопищеводным свищом; 1(3.3%)- с трахеопищеводным соустьем. Остальные 25(83.3%) – с нижним трахеопищеводным свищом. Проведено 26 операций по эзофагопластике пищевода, 13 операций выполнено торакоскопическим доступом. Операция выбора с 2003 года - эзофагопластика непрерывным однорядным швом. Наличие верхнего трахеопищеводного свища и/или широкого нижнего трахеопищеводного свища является показанием к экстренному оперативному лечению. С декабря 2012 операции выполняются торакоскопическим доступом. Устанавливаются 3 троакара: V межреберье по средней подмышечной линии справа для видеоскопа, VII и IV межреберье по передней подмышечной линии для манипуляторов. Дренаж заднего средостения проводилось всем пациентам через доступ для одного из манипуляторов.

Результаты: В послеоперационном периоде случаев несостоятельности не отмечено. Среднее время стояния дренажа – 5 суток. Энтеральное кормление начиналось с 3-х суток послеоперационного периода.

Выводы: Операция выбора при атрезии пищевода – одномоментная эзофагопластика в период новорожденности путем наложения однорядного анастомоза. Оптимально выполнение торакоскопического доступа (при наличии торакоскопического оборудования). При выполнении эзофагопластики торакоскопическим доступом: отмечается благоприятное течение послеоперационного периода, сокращение койко-дня. С целью профилактики и лечения послеоперационного стеноза оперированным новорожденным проводилась баллонная дилатация под контролем фиброэзофагоскопии.

## **НОВЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ГЕАНГИОМ У ДЕТЕЙ**

**Умаров Н.А., Хакимьянов А.И.**  
**Казанский государственный медицинский университет**  
**Научный руководитель – д.м.н., доц. Нурмеев И.Н.**

Актуальность совершенствования технологий диагностики и лечения гемангиом определяется современными высокими эстетическими требованиями и необходимостью социальной адаптации пациентов. Цель: сообщение о путях улучшения результатов диагностики и лечения гемангиом у детей. Материалы и методы: В 2007-2013 гг. в ДРКБ МЗ РТ проведено лечение более 3500 пациентов в возрасте от 0 до 15 лет. Для определения показаний к лечению – способ 2013113161/14(019519). Локализация: голова и лицо – 61,2%, половые органы и промежность – 5%, конечности – 12,5%, туловище – 13,7%, две и более гемангиом – 7,6%. 42 (1,68%) – изъязвление гемангиом. В 102 случаях применяли терапию пропранололом в рамках одноцентрового открытого несравнительного проспективного научного исследования. Также применяли Nd:YAG лазер 1064 нм и IPL 560 нм (всего более 4000 процедур). Результаты: Излечение достигнуто во всех случаях. В 2 случаях в послеоперационном периоде отмечено изъязвление обширных гемангиом, проводились местное лечение. Выводы: Индивидуальный выбор современных средств лечения гемангиом позволяет получить хорошие медицинские и эстетические результаты. Появление в арсенале специалиста эффективной медикаментозной терапии и современных лазерных технологий позволяет добиться хороших лечебных и эстетических результатов при минимальной инвазивности лечебного процесса.

## **ОСОБЕННОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ДЕТЕЙ С НАРУШЕНИЕМ ФОРМИРОВАНИЯ ПОЛА**

**Закиров А.К.**  
**Казанский государственный медицинский университет**  
**Научный руководитель – д.м.н., проф. Акрамов Н.Р.**

Хирургическое лечение пациентов с нарушением формирования пола сложная задача для оперирующего хирурга. Несмотря на сложность каждого случая нарушения формирования пола, ведущие специалисты не оставляют попыток совершенствования методов лечения патологии пола.

В детской республиканской клинической больнице МЗ Республики Татарстан за период с 2008 г. по 2014 г. нами наблюдались 30 детей в возрасте от 0 до 17 лет с различными формами нарушения формирования пола: врожденная дисфункция коры надпочечников (46 XX), синдром нечувствительности андрогенов (46XY), нарушение формирования пола, овотестикулярная форма (46 XX), синдром Шершевского-Тернера (45 XO), атрезия влагалища (46XX). Хирургическая коррекция пола была выполнена 26 пациентам (оставшимся 4 пациентам выполнена двухсторонняя гонадэктомия без коррекции наружных половых органов). Двухэтапная феминизирующая генитопластика была проведена в 5 случаях. Одноэтапная пластика была представлена в 17 случаях. Основные критерии хирургической техники заключались в сохранении чувствительности головки клитора, создании физиологического вагинального интроитуса. При формировании преддверия в техническом плане мы придерживались основных функциональных особенностей женской мочеполовой системы: создание функциональной складки между наружными отверстиями уретры и влагалищем, для предотвращения разбрызгивания, растекания струи мочи и ее направленности во время мочеиспускания. Одновременное формирование малых половых губ прикрывающих преддверие влагалища во избежание зияния и уменьшения количества случаев восходящей урогенитальной инфекции.

При опросе родителей пациенток и при достижении сознательного возраста самих пациентов все были удовлетворены внешним видом сформированных половых органов. В одном случае родительница высказывала пожелание об удалении малых половых губ, в связи с их ненужностью девочке в будущем.

Точные знания о строении женской промежности позволяют формировать наиболее физиологическое ее строение в процессе хирургической реконструкции. Хирургическая коррекция должна учитывать все возможные функциональные показатели женской мочеполовой системы с учетом современных эстетических желаний пациентов.

## **РЕПРОДУКТИВНЫЙ СТАТУС МУЖЧИН ПОСЛЕ КЛАССИЧЕСКОЙ ГЕРНИОПЛАСТИКИ ПРИ ПАХОВОЙ ГРЫЖЕ, ВЫПОЛНЕННОЙ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ**

**Омаров Т.И., Галлямова А.И.**  
**Казанский государственный медицинский университет**  
**Научный руководитель – д.м.н., проф. Акрамов Н.Р.**

Ежегодно проводятся конференции и съезды как международные, так и отечественные, затрагивающие актуальные вопросы герниологии. На них рассматриваются аспекты не только тактико-технического характера, но и влияния

хирургического лечения паховых грыж на репродуктивный статус мужчин. Однако глубоких исследований, посвященных изучению репродукции молодых мужчин, перенесших герниопластику в детском возрасте, крайне мало.

Целью представленной работы явилось определение репродуктивного статуса мужчин через 18-20 лет после перенесенного классического одностороннего грыжесечения, выполненного в детском возрасте. Были разосланы информационные письма 127 пациентам, из которых ответили 12 (9,45%). Полное обследование репродуктивной системы по предложенной схеме проведено 10 респондентам, что составило 7,87% от общего количества опрашиваемых. В качестве группы сравнения обследованы 10 добровольцев, у которых в анамнезе отсутствовали операции по устранению паховой грыжи. Результаты обследования исследуемой группы пациентов свидетельствуют о наличии склеротических изменений в яичках в виде кальциноза у четверых пациентов (3,15%) после хирургической коррекции паховой грыжи и отсутствие подобных изменений у пациентов, которым операции на органах репродуктивной системы не выполнялись. Кроме того, у пациентов после классической герниопластики на стороне поражения чаще развивается гипотрофия яичка (3,15%), в 75% случаев сопровождающаяся повышенным индексом резистентности интрапаренхиматозных сосудов, что косвенно объясняет причины патологических изменений в сперме. Учитывая небольшие по объему сравниваемые группы, однозначно утверждать об отрицательном влиянии классической герниопластики на функцию репродуктивной системы мужчин нельзя. Но следует отметить факт, что не менее чем в 5,51% случаев репродуктивный статус мужчин после классической герниопластики сопровождается патологическими изменениями спермы, и не менее чем в 2,36% случаев – бесплодием. Данные изменения, вероятно связаны с техническими дефектами при выполнении классической хирургической операции при устранении паховой грыжи, выполненной в детском возрасте. В связи с этим, необходимо пересмотреть отношение к классическим хирургическим способам герниопластики и герниорафии у детей мужского пола.

#### **ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ГЕМАТОГЕННОГО МЕТАЭПИФИЗАРНОГО ОСТЕОМИЕЛИТА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА**

**Сабирова Л.А., Семенова М.В.**

**Казанский государственный медицинский университет**

**Научный руководитель – к.м.н., асс. Гильмутдинов М.Р., асс. Осипов А.Ю.**

Цель работы – анализ опыта лечения острого метаэпифизарного остеомиелита (ОГМЭО) нижних конечностей. Проведен анализ лечения ОГМЭО у 162 детей в возрасте от 10 дней до 2,7 года, проходивших лечение в ДРКБ МЗ РТ (1995-2013). Для сравнительной оценки анализирован архивный материал 50 больных ОГМЭО с 1987 по 1994 гг.

Комплексная оценка состояния больного включала себя сбор анамнеза, объективное обследование, анализы крови и мочи, микробиологические и лучевые методы исследования (УЗИ, МРТ, РКТ, рентгенография).

У 82 больных (50,62%) проводилось хирургическое лечение. Наряду с лечением острого процесса использовались ортопедические пособия. Изучены отдаленные результаты лечения на сроках 1-15 лет. Средний срок наблюдения составил 6 лет. У 93 (57,41%) детей ортопедической патологии не выявлено.

Выводы: 1. Выраженность ортопедического осложнения напрямую зависит от своевременного хирургического лечения с оказанием ортопедического пособия и рациональной антибактериальной терапии. 2. Ортопедические осложнения перенесенного ОГМЭО нижних конечностей у детей характеризуется преимущественно поражениями проксимального отдела бедренной кости (27,11%) и деформациями в области эпиметафизов костей, образующих коленный сустав (62,87%). 3. По сравнению с предыдущим десятилетием отмечается рост больных периода новорожденности и первого года жизни в 1,8 раза.

#### **ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОГО ГЕМАТОГЕННОГО ОСТЕОМИЕЛИТА У НОВОРОЖДЕННЫХ**

**Семенова М.В., Сабирова Л.А., Кузьмина М.О.**

**Казанский государственный медицинский университет**

**Научный руководитель – к.м.н., асс. Гильмутдинов М.Р., асс. Осипов А.Ю.**

Цель работы – анализ опыта диагностики и лечения острого метаэпифизарного остеомиелита (ОГМЭО) у новорожденных.

В отделении гнойной хирургии ДРКБ МЗ РТ с 1999-2013 гг. пролечено 93 новорожденных с острым гематогенным метаэпифизарным остеомиелитом (ОГМЭО) нижних конечностей, из них мальчиков - 59 (63,44%), девочек – 34 (36,56%). В первые сутки от момента заболевания поступило 46 (49,46%) пациентов, на 4-7 сутки - 33 (35,48%), позднее 8 суток - 14 (15,05%). Из дополнительных методов диагностики выполнено УЗИ у 22 (23,66%) пациентов, рентгенография пораженной конечности проводилась всем больным на момент поступления и в процессе лечения. 11 (11,83%) больным с нетипичной клинической картиной, было выполнено МРТ. Бактериологическое исследование произведено у всех больных.

В 38,71% случаев (36 детей) воспалительный процесс купировался без инвазивного лечения. Для проведения санации гнойного очага использовали: вскрытие остеомиелитической флегмоны с дренированием мягких тканей, микроостеоперфорацию метафиза, артропункцию с выполнением внутрисуставного лаважа, комбинированные операции.

Все дети получали антибактериальную терапию с учетом исследования микрофлоры и инфузионную терапию. Иммуностимулирующая терапия и сеансы ГБО проводились у 22 и 12 больных соответственно. Ортопедическую профилактику возможных осложнений получили 32 пациента.

Выводы: Ортопедические последствия возникли у 29,67% детей, с преимущественным поражением проксимального отдела бедренной кости и эпиметафизов, образующих коленный сустав.

#### **ПЕРВЫЙ ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ АЛЛОПЛАНТА В СЕРДЕЧНОЙ ХИРУРГИИ**

**Аверьянов В.В.**

**Казанский государственный медицинский университет**

**Научный руководитель – д.м.н., проф. Миrolюбов Л.М., к.м.н. Закирова А.М.**

Актуальность: Поиск пластического материала для замещения травматических и патологических дефектов в сердце и сосудах. Технология «аллоплант» разработана профессором Мулдашевым Э.Р. более 30 лет тому назад и хорошо зарекомендовала себя в глазной, челюстно-лицевой хирургии и других разделах. Целью нашего исследования явилась оценка первых клинических непосредственных и среднеотдаленных результатов использования аллоплантов для хирургического лечения врожденных пороков сердца. «Аллоплант» - часть крупных сосудов с клапанами и без них приготовленных по оригинальной технологии. Материал и методы: на базе ДРКБ в отделении кардиохирургии проведены следующие операции: Гипоплазия дуги аорты – 5; Коарктация, рекоарктация аорты старше трех лет – 5; замена клапана легочной артерии – 10;

замена кондуита после операции Росса – 3; и после Ростелли – 3, после радикальной коррекции Тетрадо Фалло – 6; пластика легочной артерии при операции Жатене -5; пр другой патологии – 8. Итого 35 клинических случаев. Результаты. Материал отвечает всем требованиям по пластичности, прочности. Шовный материал пролен т полидиоксанон. Срок наблюдения до 8 лет. По данным ДРКБ отделения кардиохирургии на сегодняшний день 1 больной с гипоплазией дуги аорты вернулся через 5 месяцев. В дистальной части заплаты имеется узкое кольцевидное сужение. Баллонная дилатация сужения с хорошим результатом. Второй случай после операции Жатене развился легочный стеноз локализующийся максимальным сужением в области оставленной части собственно легочной артерии. Заключение. Гомографты обработанные по методы «Аллоплант» показывают хорошие и непосредственные и среднеотдаленные результаты, пополняют имеющийся выбор пластического материала для сердца и крупных сосудов.

## **ОТОПЛАСТИКА У ДЕТЕЙ**

**Аверьянов В.В.**

**Казанский государственный медицинский университет**

**Научный руководитель – к.м.н., асс. Обыденнов С.А., к.м.н. Закирова А.М.**

Актуальность: Если для взрослого человека внешность имеет огромное значение и малейший недостаток старательно исправляется с помощью пластической хирургии, то можно представить себе какое значение имеет внешность для ребенка. Каким будет самоощущение маленького человека, как его воспримут окружающие, от этого во многом зависит его будущее отношение к себе, характер и сама жизнь.

Цель: устранении врожденной лопухости. Материалы и методы : 120 пациентов с врожденной лопухостью 2 методики оперативного лечения на базе клиники эстетической медицины. Метод 1 К.П. Пшениснов С 2002 по 2013 Метод 2 собственная модификация клиники эстетической медицины с 2013 по сегодняшний день.

Результаты: с 2002 по 2014 прооперированно 120 пациентов. Детей и подростков было 54 % остальные взрослые. Среди детей и подростков с 6 до 18 лет девочек было 90 человек, а мальчиков 30 человек. У детей с 6 до 14 лет основная жалоба насмешки и издевательство сверстников. У подростков 15-18 лет жалобы на то, что дефект становится причиной дисгармонии в романтических отношениях. Юноши с оттопыренными ушами отмечают дефицит мужественности в своей внешности. Показание к операции была оттопыренность ушной раковины с любой степенью недоразвития противозавитка Наиболее важным в оценке оттопыренности ушных раковин являлось общепринятое стандартное расстояние от наружного края завитка до сосцевидного отростка. Всех пациентов мы оперировали под местной анестезией. При операциях, описанных К.П. Пшенисновым мы освобождали противозавиток путем поперечного рассечения хряща на уровне противозавитка и на медиальной поверхности хряща ушной раковины выполнялись глубокие насечки. При операции по нашей модификации через кожный прокол в области противозавитка производим рифление хряща. И далее через заушной разрез подшиваем ушной хрящ к надкостнице. Если по описанной методике Пшенисновым у нас было до 10% осложнений, то по нашей- ни одного.

Выводы: 1) Отопластика является единственной корригирующей операцией при врожденной лопухости. 2) Не смотря на простоту и быстроту выполнения отоластики по Пшениснову при ней возможны осложнения. 3) Наша методика позволяет исключить эти осложнения, выполняется так же быстро и просто.

## **СТРУКТУРА ХИРУРГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПРИ ОБСТРУКТИВНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ МОЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ**

**Семенова М.В., Сабирова Л.А.**

**Казанский государственный медицинский университет**

**Научный руководитель – к.м.н., доц. Билялов М.Г.**

Обструкция мочевыводящих путей (ОМП)- потенциально обратимая причина почечной недостаточности, которую следует иметь в виду во всех случаях острой почечной недостаточности или при резком ухудшении хронической почечной недостаточности. ОМП может произойти на любом уровне: лоханочно- мочеточниковом, мочеточничко- пузырном, пузырно-уретральном сегментах.

Цель работы: изучение оперативных вмешательств при обструктивных заболеваниях мочевыводящих путей.

Материалы и методы: проведен анализ оперативных журналов урологического отделения ДРКБ МЗ РТ за период с 1963 по 2013гг. В ходе исследования были отмечены рост числа больных с данными патологиями, а также совершенствование оперативных вмешательств.

Комплексная оценка состояния больного включала себя сбор анамнеза, объективное обследование, анализы крови, мочи и лучевые методы исследования (УЗИ, МРТ, РКТ, рентгенография).

За вышеуказанный период было прооперировано 1938 человек. Наиболее частыми операциями явились: резекция и пластика ЛМС (45%), уретеронефрэктомия (6%), дилатация стеноза устья мочеточника (4%), дилатация шейки мочевого пузыря и уретры (12%), деструкция клапана задней уретры (3%), пиелостомия (2%), антевазальный уретеропиелоанастомоз (7%).

Выводы: 1. За данный период исследования число больных с данной патологией значительно возросло. 2. Наиболее частой операцией явилось резекция и пластика ЛМС (45%) из чего следует, что наиболее частыми причинами обструкции явились патологии на уровне лоханочно-мочеточникового сегмента.

## **ОПТИМИЗАЦИЯ ДИАГНОСТИКИ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ СЕРДЦА У НОВОРОЖДЕННЫХ**

**Петров С.А.**

**Казанский государственный медицинский университет**

**Научный руководитель – д.м.н., проф. Миролубов Л.М.**

Цель: Усовершенствовать диагностику ВПС у новорожденных для недопущения развития критического состояния.

Материалы и методы: Была разработана классификация видов гемодинамики и возможных критических состояний, вызванных ими. 1) Легочная дуктус-зависимая гемодинамика (кровь в малый круг попадает лишь через ОАП) - вызывает артериальную гипоксимию. Это транспозиция магистральных сосудов, атрезия легочной артерии, атрезия трикуспидального клапана, тетрада Фалло с критическим стенозом легочной артерии 2) Системная дуктус-зависимая (кровь в большой круг попадает лишь по ОАП) - вызывает артериальную гипоксимию и сердечную недостаточность. Это коарктация аорты, синдром гипоплазии левого сердца, критический аортальный стеноз. 3) Форамен-зависимая гемодинамика (регламентирующее влияние овального окна) - вызывает артериальную гипоксимию и легочную гипертензию. Это синдром гипоплазии левого или правого сердца, тотальный аномальный дренаж легочных вен, ТМС. 4) Инфракардиальный тотальный аномальный дренаж легочных вен.



Также была разработана анкета, основывающаяся на 20 простых вопросах: ЧСС, окрасе кожных покров, сатурации, диурезе и т.д. Позволяющая с большой достоверностью заявлять о наличии ВПС у ребенка.

Результаты: До введения данной методики диагностики (2002 г) в отделение кардиохирургии ежегодно доставлялось от 35 до 42 новорожденных, 47% которых в критическом состоянии. После введения данной методики диагностики ВПС количество новорожденных, поступивших в отделение, увеличилось в 2,3 раза (80-90), а количество критических состояний уменьшилось вплоть до единичных случаев (2013 г - 2 случая)

Выводы: Информированность врачей-терапевтов о простой классификации ВПС, вызываемыми ими патологическими состояниями и введение анкеты-опросника крайне благотворно сказалось на диагностике ВПС и предотвращении развития критических состояний у новорожденных.

## **ВОЗМОЖНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ СЛОЖНЫХ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ СЕРДЦА ПО СРЕДСТВОМ ОПЕРАЦИЙ НОРВУДА И ДАМУСА-КЕЯ-СТЕНСЕЛА**

**Салахов А.М., Юнусова Э.Ф.**

**Казанский государственный медицинский университет  
Научный руководитель – д.м.н., проф. Миролубов Л.М.**

Цель. Рассмотреть возможности операции Норвуда и Дамуса-Кея-Стенсела.

Материалы. Проведено статистическое исследование в детской республиканской клинической больнице. Материалом исследования послужили данные историй болезней пациентов кардиохирургического отделения детской республиканской клинической больницы и операционных журналов за 2009- 2013 годы. Проанализировано 25 операций Норвуда и Дамуса-Кея-Стенсела.

Результаты. Выявлено, что операции Норвуда и Дамуса-Кея-Стенсела применяются в многоэтапной хирургической коррекции сложных врожденных пороков сердца таких как транспозиция магистральных сосудов и синдром гипоплазии левых отделов сердца.

В 2009 году было выполнено 3 операции Норвуда, успешных исходов нет. В 2010 году из 3 операций, 1 была проведена успешно. Выживаемость в 2010 году равна 33,33%. В 2011 году было выполнено 5 операций, 2 успешных исхода. Выживаемость 40%. В 2012 году, из 6 операций, 4 выполнены успешно. Выживаемость 66,67%. В 2013 году, из 8 операций, 6 выполнены успешно. Выживаемость составляет 75%.

Выводы. Операции Норвуда и Дамуса-Кея-Стенсела дают шанс на излечение сложных врожденных пороков сердца, таких как транспозиция в сочетании с недоразвитием камер сердца или стволов и являются альтернативой пересадки сердца. Улучшение результатов лечения зависит от опыта коллектива, где важнейшей проблемой является реанимационный период с адаптацией к новым условиям гемодинамики.

## **ПОВТОРНЫЕ ОПЕРАЦИИ ПОСЛЕ КОРРЕКЦИИ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ СЕРДЦА**

**Калинин И.В.**

**Казанский государственный медицинский университет  
Научный руководитель – д.м.н., проф. Миролубов Л.М.**

Цели. Изучение и анализ результатов повторных хирургических вмешательств у детей после коррекции врожденных пороков сердца. Определение причин возникновения осложнений, приводящих к необходимости повторной операции.

Материалы и методы. В период с 2008 по 2010гг в отделении хирургического лечения врожденных пороков сердца у детей раннего возраста, на базе ДРКБ, было проведено 58 повторных операций. Существует 4 основных группы. (1) Полная коррекция с восстановлением анатомии и функции. В себя включает ДМПП, ДМПП+ЧАДЛВ, ДМЖП, КоАо. После ДМЖП проведено 4 реканализации. (2) Анатомическая коррекция с остаточными явлениями. Объединяет следующие пороки: Тетрада Фалло, АВК. Были выполнены 2 операции по поводу стеноза ЛА после БД. (3) Обязательные повторные операции. 6 операций по атрезии ЛА после установки БТС. Общий артериальный ствол, 2 операции по замене кондуита. (4) Гемодинамическая коррекция. 3 этап операции по Глену-Фонтену после формирования кавопульмонального анастомоза с НПВ.

Результат. У детей прооперированных повторно, выявилось снижение вероятности появления отдаленных осложнений, таких как миокардиальная дисфункция, легочная гипертензия.

Вывод. Проведенное исследование показало полную эффективность повторных операции, что привело к значительному улучшению состояния больных.

## **БОЛЕЗНЬ КРОНА: СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА В РАЗЛИЧНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУППАХ**

**Бикбов Б.Ш., Хасанов Э.Р.**

**Казанский государственный медицинский университет  
Научный руководитель – д.м.н., проф. Карпунин О.Ю., Насыбуллин М.Н.**

Цель. Сравнить особенности течения болезни Крона в различных возрастных группах.

Материалы и методы. Нами был проведен сравнительный анализ течения болезни Крона двух пациентов в возрасте 16 и 39 лет. Материалом для исследования послужили данные историй болезни пациента хирургического отделения ДРКБ и колопроктологического отделения РКБ.

Результаты. В результате нашего исследования было установлено, что симптомы болезни Крона у обоих пациентов имели одинаковый характер. Терапевтическое лечение не дало результатов. Осложнения на фоне прогрессирующего заболевания послужили поводом к применению оперативного вмешательства. Пациенту подросткового возраста были проведены две операции с промежутком в 15 месяцев: наложение илеостомы и правосторонняя гемиколэктомия с иссечением илеостомы. Пациенту более старшего возраста, была проведена одномоментная панпроктоколэктомия с наложением постоянной илеостомы.

Вывод. Болезнь Крона есть и остается одной из актуальных проблем современной медицины. Болезнь Крона более распространена в старшем возрасте и является неизлечимой болезнью с неясной этиологией. Терапевтическое лечение болезни Крона направлено на выведение пациента в стадию ремиссии, а оперативное вмешательство применяется лишь в крайних случаях, при наличии острых осложнений и неэффективности терапии.

## **НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ЗАБОЛЕВАНИЯ ГИДРОНЕФРОЗА У ДЕТЕЙ**

**Анисимова В.О.**

**Казанский государственный медицинский университет**

**Научный руководитель – к.м.н., доц. Билялов М.Г., к.м.н., доц. Кадриев А.Г.**

Цель: Анализ клинических данных больных с гидронефрозом (код G62.0) по данным УО ДРКБ МЗ РТ за период 1977 – 2012 гг.

Материал и методы: За указанный период через УО ДРКБ МЗ РТ прошло 47364 больных, из них с гидронефрозом составили 11938 (25,1%).

Результаты: Распределение больных по полу: мальчики – 9020 (75,6%), девочки-2918 (24,4%). По возрасту: до 1 г. – 3367 (28,2%); 1-3 г. – 1892 (15,85%); 4-6 л – 2077 (17,4%); 7-11 лет – 2436 (20,4%); 12-14 л – 2166 (18,15%). По локализации: справа – 4417 (37,0%); слева - 3892 (32,6%); двухсторонний – 3629 (30,4%). По степени поражения: I – 4416 (37,0%); II – 4036 (33,8%); III – 3127 (26,2%); IV – 359 (3,0%). У 5324 пациентов (44,6%) наблюдалось сочетание гидронефроза с другими аномалиями почек (гипоплазия, дистопия, подковообразная почка и другие). Причинами гидронефроза были: стеноз лоханочно – мочеточникового сегмента 5934 (49,2%); эмбриональные спайки и фиброзные тяжи - 2584 (25,0%); складки слизистой – 1170 (9,8%); добавочный сосуд – 967 (8,1%); высокое отхождение мочеточника – 525 (4,4%); фиксированный перегиб мочеточника – 358 (3,0%).

Выводы: В структуре госпитальной заболеваемости высок уд, вес больных с гидронефрозом (25,1%). Мальчиков встречается в три раза чаще, чем девочек. Частым является сочетание гидронефроза с другими аномалиями (44,6%).

## **ЛЕЧЕНИЕ ВНЕПЕЧЕНОЧНОЙ ФОРМЫ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ**

**Хусаенов А.И.**

**Казанский государственный медицинский университет**

**Научный руководитель – к.м.н., асс. Петрушенко Д.Ю., асс. Мустафин Я.М**

Актуальность: Портальная гипертензия (ПГ) - одна из сложнейших проблем детской хирургии. Это связано с развитием при естественном течении заболевания тяжелых осложнений, в том числе пищеводно-желудочного кровотечения. У детей чаще всего встречается внепеченочная форма (75-80%), обусловленная пороками развития или тромбозом воротной вены. К радикальному способу лечения относится только мезо-портальное шунтирование. Остальные методы носят паллиативный характер и имеют своей целью уменьшение явлений гипертензии в системе воротной вены для профилактики кровотечений.

Цель исследования: Изучить эффективность хирургического лечения при внепеченочной форме портальной гипертензии.

Материалы и методы. Исследования были проведены у 65 больных с внепеченочной портальной гипертензией в возрасте от 6 мес. до 16 лет. Соотношение по полу в данной группе больных составило: 42 мальчика, 23 девочки. Всего 65 пациентам было выполнено 84 оперативных вмешательства. Из них в 60 случаях выполнены различные виды портосистемного шунтирования. У 24 пациентов профузное пищеводно-желудочное кровотечение явилось показанием к срочной операции «разобщения» до создания портосистемного анастомоза.

Результаты: После выполнения портосистемных анастомозов умерли двое детей (3,3%) в возрасте 10 мес. и 1 год 10 мес. Причина смерти - развившаяся полиорганная недостаточность вследствие повторных пищеводно-желудочных кровотечений в послеоперационном периоде. Контрольное обследование детей после создания портосистемного анастомоза показало уменьшение варикозного расширения вен пищевода с IV до I степени у 58%, с IV до II степени - у 28,4%. Риск повторных кровотечений в течение периода наблюдения у данных больных отсутствовал. В 10,3 % случаев (6 больных) эффективность выполненных операций портосистемного шунтирования была низкой, сохранялось варикозное расширение вен пищевода III-IV степени.

Выводы:

1. При ВПГ у детей операцией выбора является создание портосистемных анастомозов.
2. Наиболее предпочтительны варианты мезо-портального и сплено-рентального анастомоза.
3. Создание портосистемного анастомоза позволяет снизить риск развития повторных кровотечений в 86,4% случаев.

## **ИЗЫСКАНИЕ И ИЗУЧЕНИЕ НОВЫХ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ**

### **ПОКАЗАТЕЛИ СИСТЕМЫ NO ЖИВОТНЫХ С ЦЕРЕБРАЛЬНОЙ ИШЕМИЕЙ ПРИ НАЗНАЧЕНИИ НЕКОТОРЫХ СОЕДИНЕНИЙ L-ЛИЗИНА**

**Егоров А.А., Цыс А.В.**

**Запорожский государственный медицинский университет**

**Научный руководитель – д.б.н., проф. Беленичев И.Ф.**

Одной из актуальных задач современной фармакологии является поиск новых соединений, действие которых было бы направлено на профилактику и лечение острых нарушений мозгового кровообращения (ОНМК).

Цель: изучить влияние соединений L-лизина на показатели системы оксида азота (NO) в условиях моделирования ОНМК.

Материалы и методы. ОНМК вызывали двухсторонней перевязкой общих сонных артерий у белых беспородных крыс-самцов. Соединений L-лизина вводили внутривенно в дозе 50 мг/кг. На 4-е сутки проводили биохимические исследования в гомогенате головного мозга.

Полученные результаты. Назначение соединений L-лизина в различной степени выраженности приводило к нормализации системы NO в головном мозге. Так, в контрольной группе животных отмечалось увеличение содержания стабильных метаболитов NO на фоне повышения активности NO-синтазы и снижения содержания L-аргинина. Назначение L-

лизина эсцината приводило к снижению содержания метаболитов NO на 36,2%, уменьшению активности NO-синтазы на 31,96% и увеличению содержания L-аргинина в 2 раза относительно контрольной группы животных. Наибольшую активность проявило новое соединение L-лизина – «Лизиний», в состав которого входит незаменимая аминокислота L-лизин и производное 1,2,4-триазол-5-тиоацетата. Так, на фоне проводимой терапии «Лизинием» на 4-е сутки ОНМК содержание стабильных метаболитов NO уменьшалось на 86,68%, активность NO-синтазы снижалась в 1,5 раза, на фоне повышения содержания L-аргинина в 3,4 раза относительно группы контроля.

Закключение. По степени влияния на систему оксида азота наибольшую активность оказало новое соединение L-лизина – «Лизиний». Высокая активность «Лизиния» обусловлена введением в его состав L-лизина, который блокирует постсинаптическую мембрану глутаматергического синапса, тем самым уменьшая продукцию свободных метаболитов NO с одной стороны, а с другой, введение в состав соединения производного 1,2,4-триазол-5-тиоацетата, который способен образовывать нитротииольные комплексы с дериватами NO.

## **К МЕТОДИКЕ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ОТЕКА ЛАПКИ КРЫС ПРИ МОДЕЛИРОВАНИИ ВОСПАЛЕНИЯ**

**Ильин Д.А.**

**Казанский государственный медицинский университет**

**Научный руководитель – д.м.н., проф. Гараев Р.С., асс. Ульянина Л.Р.**

Метод определения отека лапки у экспериментальных животных при суб-плантарном введении каррагенина широко применяется при скрининге противовоспалительных средств. Каррагениновое воспаление лапки сопровождается изменением ее объема, причиной которого является отек. Поэтому, измеряя объем отечной лапки, можно судить об интенсивности воспалительной реакции. Если лапку животного, погрузить в пробирку, заполненную до краев водой, то происходит вытеснение жидкости, равной объему лапки. Разница объема здоровой и объема воспаленной лапок составляет степень отека. Его можно оценивать в мл или в процентах. При плетизмометрическом способе измерения погружение лапки животного в прибор изменяет высоту жидкости и ее сопротивление к электрическому току. При выполнении подобных измерений важным является отсутствие толчкообразных движений. Этого можно достичь, обездвигивая животного, например, наркозом. Влияет ли наркоз на развитие воспаления – это было целью наших исследований. Методика. Опыты провели на 4 группах крыс, по 8 животных в каждой. В первых двух группах изучали воспалительную реакцию лапки на субплантарное введение каррагенина у интактных животных и животных, находящихся под уретановым наркозом (1000 мг/кг, внутривенно). Крысы третьей и четвертой групп отличались от первой и второй только тем, что они за 1 час до инъекции каррагенина получали внутримышечно противовоспалительное средство - индометацин в дозе 10 мг/кг. Во всех группах воспалительную реакцию оценивали через 3 часа после введения каррагенина. Результаты исследований показали, что каррагенин вызывает четкую воспалительную реакцию как у интактных крыс, так и у крыс, находящихся под наркозом (процент воспаления составляет соответственно  $65 \pm 2,05\%$  и  $64,9 \pm 2,31\%$ ), а на фоне действия индометацина соответственно  $35,6 \pm 6,37\%$  и  $32,6 \pm 6,01\%$ . Таким образом, нами установлено, что уретановый наркоз достоверно не влияет на воспалительный процесс и не изменяет противовоспалительной эффективности индометацина.

## **ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЖЕЛЕЗОСОДЕРЖАЩЕГО ЛЕКАРСТВЕННОГО ПРЕПАРАТА В КАЧЕСТВЕ ПОТЕНЦИАЛЬНОГО МРТ-КОНТРАСТИРУЮЩЕГО ВЕЩЕСТВА**

**Петрова А.А., Ганиятова Р.Р.**

**Казанский государственный медицинский университет**

**Научный руководитель – к.м.н., проф. Заллялюдинова Л.Н.**

Злокачественные новообразования – одна из основных причин инвалидизации и смертности населения. Точная и своевременная диагностика опухолей на ранних стадиях заболевания способствует своевременному лечению. Для распознавания опухолей сегодня применяются различные инструментальные диагностические методы исследования, одним из которых является магнитно-резонансная томография (МРТ). МРТ – это высокоинформативный метод визуализации патологических процессов, в частности, опухолей. В большинстве случаев естественной контрастности МР – томограмм достаточно для выявления и характеристики патологического очага. Но встречаются ситуации, когда патологический очаг не визуализируется на томограмме вследствие изоинтенсивности или малых размеров. Бывает трудно определить границы патологических изменений при МРТ и оценить внутреннюю структуру новообразований. В таких ситуациях помогает диагностика с введением контрастных веществ, что позволяет усилить диагностические возможности метода, его точность и порог чувствительности. В клинике применяются три МРТ-контраста импортного производства и их использование в практике затруднено в большей степени экономическими причинами. Поэтому поиск потенциальных МРТ-контрастов среди известных недорогих лекарственных препаратов, применяемых по другим показаниям, является актуальной задачей.

Целью нашего исследования явилась экспериментальная оценка железосодержащего лекарственного препарата в качестве потенциального МРТ-контрастирующего средства.

Эксперименты проведены на 15 нелинейных крысах обоего пола, которым подкожно была трансплантирована перевивная саркома 45. На 20-е сутки после перевивки размер опухолей достигал 3-3,5 см. Животные были поделены на 3 группы. Контрольной группе животных внутривенно однократно вводили дистиллированную воду, опытным – изучаемый препарат железа и препарат сравнения гадовист. МРТ-диагностику экспериментальных животных проводили на томографе «ТМР-0.06-КФТИ» с индукцией 0.06 Тл.

На основании оценки T1-взвешенных изображений экспериментальных контрольных и опытных животных с саркомой 45 можно сделать вывод, что железосодержащий препарат обладает контрастирующими свойствами. Наибольшая активность его проявляется через 40 минут после введения препарата.

## **ИЗУЧЕНИЕ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ СВОЙСТВ ГИДРАЗОНОВ ДИМЕФОСФОНА**

**Кашапов Л.Р., Ильин Д.А.**

**Казанский государственный медицинский университет**

**Научный руководитель – д.м.н., проф. Гараев Р.С.**

В последние годы нами изучаются новые аналоги димефосфона – изоникотиноилгидразондимефосфона (ВК-500) и никотиноилгидразон-димефосфона (ВК-502). Ранее показано, что эти соединения с низкой токсичностью проявляют противотуберкулезную активность. Это открывает перспективу для разработки новых противотуберкулезных средств. Димефосфон – известное средство, обладающее противовоспалительным действием. Сохранение этого свойства у ВК-500 и ВК-

502, содержащих в молекуле димефосфовый фрагмент, могло бы служить положительным фактором для потенциальных противотуберкулезных препаратов. Цель - оценка противовоспалительного эффекта соединений ВК-502, ВК-500 в сравнении с изониазидом и димефосфоном.

Методика. Острую воспалительную реакцию воспроизводили субплантарным введением крысам 0,1 мл 1% раствора каррагенина. Противовоспалительный эффект оценивали через 3 часа после индукции воспаления по изменению объема отечной лапы. ВК-500 и ВК-502 вводили внутрибрюшинно в дозах 200, 400 и 800 мг/кг, димефосфон - 240 и 1000 мг/кг, изониазид - 42,5 и 160 мг/кг за 1 час до инъекции каррагенина. ПЭ выражали в процентах к контролю. В исследовании использовано 140 белых крыс (12 опытных групп и 2 контрольные группы по 10 животных в каждой группе).

Результаты экспериментов показали, что противовоспалительная активность ВК-500 наиболее выражена в дозе 800 мг/кг: торможение отека составило 66,3%, а в дозе 400 мг/кг - 31,5%. ВК-502 максимальный противовоспалительный эффект вызвал в дозе 400 мг/кг (49,4%). Увеличение и уменьшение дозы его приводило только к снижению эффективности. Комбинированное применение изониазида и димефосфона также тормозит воспалительную реакцию (66,3%). Димефосфон без изониазида подавляет каррагеноновый отек лапы у крыс на 52,2%. Изониазид же в отдельности не оказывает противовоспалительного действия.

Вывод. В основе противовоспалительной активности изучаемых соединений, по-видимому, ключевую роль играет фрагмент димефосфона, а изоникотиноилгидразонная часть молекулы потенцирует это действие. Доказана возможность создания средств с положительными дополняющими друг друга свойствами: противотуберкулезными и противовоспалительными.

### **ВЛИЯНИЕ НЕЗАМЕНИМОЙ АМИНОКИСЛОТЫ И ЕЕ НАТРИЕВОЙ СОЛИ НА ЯЗВООБРАЗОВАНИЕ, ВЫЗВАННОЕ ЭТАНОЛОМ И ИНДОМЕТАЦИНОМ**

**Игнатъева Л.А., Каримова Д.Р., Ильин Д.А.**

**Казанский государственный медицинский университет**

**Научный руководитель – д.м.н., проф. Залялютдинова Л.Н., асс. Ульянина Л.Р.**

Аминокислоты выполняют жизненно важную для организма роль «строительного материала», участвуют в метаболических процессах, регулируют многие биохимические и физиологические реакции. Аминокислоты и их соли применяются для лечения различных заболеваний.

Целью нашей работы явилось изучение противоязвенной активности L-аминокислоты и ее натриевой соли при пероральном введении экспериментальным животным. Соль аминокислоты синтезирована Штырлиным В.Г. в лаборатории координационных соединений КФУ.

Эксперименты выполнены на 72 нелинейных крысах обоего пола. В первой серии экспериментов было проведено моделирование этаноловой язвы путем введения в желудок при помощи зонда 96% этанолового спирта из расчета 1 мл/100 г. Опытным животным за 1 час до введения спирта вводили водные растворы изучаемой аминокислоты или ее натриевой соли в эквимоллярных дозах, а животным группы контроля - воду в эквиволюме. Во второй серии опытов язвы моделировали однократным внутрижелудочным введением индометацина в дозе 20 мг/кг. В третьей серии экспериментов повреждение слизистой желудка вызывали путем ежедневного введения в желудок индометацина в дозе 10 мг/кг в течение пяти дней. Крысы опытных групп второй и третьей серии экспериментов за 1 час до введения индометацина перорально получали водные растворы аминокислоты или ее натриевой соли в эквимоллярных дозах, а в контроле - воду в соответствующем объеме. Оценка состояния слизистой желудка проводили через 3 часа после последнего введения повреждающего агента с использованием индекса Паулса. Результаты обрабатывали статистически с использованием t-критерия Стьюдента.

Аминокислота и ее натриевая соль не влияли на повреждение слизистой желудка экспериментальных животных, вызванное этиловым спиртом, но достоверно уменьшали образование язв, вызванных индометацином в дозе 20 мг/кг, на 90% и индометацином в дозе 10 мг/кг при пятидневном введении - на 61% и 70% соответственно.

Таким образом, натриевая соль незаменимой аминокислоты, также как и сама аминокислота, проявляет гастропротекторные свойства на модели индометациновой язвы, но не оказывает защитного действия при алкогольных язвах.

### **ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНАЯ ОЦЕНКА ГАСТРОПРОТЕКТОРНОЙ АКТИВНОСТИ L-МЕТИОНИНА И ЛИТИЯ L- МЕТИОНИНАТА НА МОДЕЛИ ИНДОМЕТАЦИНОВОЙ ЯЗВЫ ЖЕЛУДКА**

**Ульянина Л.Р., Ильин Д.А., Каримова Д.Р.**

**Казанский государственный медицинский университет**

**Научный руководитель – д.м.н., проф. Залялютдинова Л.Н.**

D,L-метионин широко применяется в медицине как гепатопротектор. В КФУ под руководством заведующего лабораторией координационных соединений Штырлина В.Г. синтезированы металлосодержащие комплексы L-метионина. Ранее нами было установлено защитное действие данных соединений на слизистую желудка при повреждении алкоголем, что указывает на перспективность дальнейшего изучения их гастропротекторного действия.

Цель работы - оценить гастропротекторную активность L-метионина и лития L-метионината на модели индометациновой язвы желудка.

Методы исследования. Эксперименты выполнены на 80 крысах обоего пола. Язву желудка моделировали путем введения в желудок индометацина из расчета 20 мг/кг однократно и в дозе 10 мг/кг в сутки в течение 5 дней. Животным опытных групп за 1 час до введения индометацина вводили водные растворы L-метионина или его литиевого комплекса в эквимоллярных дозах, животным контрольных групп - воду в соответствующем объеме. Оценка повреждений слизистой желудка проводили через 3 часа после моделирования язвы при однократном введении или на 6 день от начала эксперимента при пятикратном введении, используя индекс Паулса.

Статистическую обработку результатов проводили с применением t-критерия Стьюдента.

Полученные результаты. Установлено, что лития метионинат проявляет гастропротекторный эффект, уменьшая признаки повреждения слизистой желудка индометацином до единичных эрозий, тогда как в контроле обнаруживались гиперемия слизистой, множественные эрозии и язвы округлой и линейной форм. Аминокислотный комплекс лития достоверно уменьшал повреждения слизистой желудка на 80-90% по сравнению с контролем, а L-метионин - на 61-70% (p<0,001).

Вывод. Лития метионинат и L-метионин при пероральном применении на модели индометацинового повреждения желудка проявили гастропротекторное действие. Лития метионинат превосходит по эффективности аминокислоту, что представляет интерес для дальнейшего его изучения.

## **ИЗУЧЕНИЕ ВЛИЯНИЯ ТЕРАПИИ ЛИПОВОЙ КИСЛОТЫ НА ГЕМАТОЛОГИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ ПРИ РЕВМАТОИДНОМ АРТРИТЕ**

**Гайнетдинова А.Н., Иманаева А.Я.**

**Казанский государственный медицинский университет**

**Научный руководители – д.м.н., проф. Залялютдинова Л.Н., к.м.н., асс. Лапшина С.А.**

Стандартная терапия ревматоидного артрита, включающая применение базисных, стероидных и нестероидных противовоспалительных препаратов, требует назначения лекарственных средств для уменьшения побочных явлений основной терапии (метотрексат и фолиевая кислота, нестероидные противовоспалительные препараты и омега-3). Нами ранее было показано, что тиоктовая кислота при пероральном и местном применении обладает противовоспалительным действием на модели адъювантного артрита крыс, при этом комбинированное пероральное применение ее с диклофенаком натрия устраняет гиперемии суставов крыс и улучшает их основные гематологические показатели.

Целью исследования является изучение влияния липовой (тиоктовой) кислоты в комплексной терапии ревматоидного артрита на показатели общего и биохимического анализа крови, протеинограммы, иммунограммы.

Исследование проводилось с участием 90 пациентов с установленным диагнозом ревматоидный артрит, которые были разделены на 3 группы: пациенты, получающие базисную терапию и нестероидный противовоспалительный препарат – 30 человек; получающие базисную терапию, нестероидный противовоспалительный препарат и липовую кислоту в дозе 150 мг в день – 30 пациентов, базисный препарат и липовую кислоту – 30. Все исследования крови проводились по стандартным методикам в динамике до назначения липовой кислоты и после месячного курса ее применения в составе комплексной терапии.

Результаты исследования показали, что у группы пациентов, получающих стандартную терапию и липовую кислоту, а также у группы, принимающей базисный препарат и липовую кислоту, наблюдалось улучшение и нормализация некоторых показателей общего и биохимического анализов крови, протеинограммы, иммунограммы.

Таким образом, курсовое применение липовой кислоты в составе комплексной терапии оказывало положительное влияние на состояние периферической крови у пациентов с ревматоидным артритом, что может являться проявлением как собственной антиревматоидной активности, так и способности уменьшать побочные эффекты стандартной терапии.

## **ПСИХОТРОПНЫЕ ЭФФЕКТЫ 4-ХЛОРФЕНИЛ(ГИДРАЗИНОАЦИЛ)ФОСФИНОВОЙ КИСЛОТЫ И ЕЕ НАТРИЕВОЙ СОЛИ**

**Габдрахманова М.Р.**

**Казанский государственный медицинский университет**

**Научный руководитель – д.м.н., проф. Сёмина И.И., д.м.н., проф. Байчурин А.З.**

Базируясь на полученных ранее сведениях о фармакофорах в рядах производных арил(гидразиноацил)фосфиновых кислот был осуществлен дизайн и синтез соединения с высокой прогнозируемой по программе PASS антидепрессивной и мнемотропной активностью – 4-хлорфенил(гидразиноацил)фосфиновой кислоты (препарат А6) и ее натриевой соли (препарат S7).

Цель работы: сравнительное изучение психотропной активности соединений S7 и А6.

Методы исследования. Исследовали влияние соединений на исследовательскую и двигательную активность в «открытом поле». Анксиолитическое действие изучали на модели «конфликтной ситуации с водной депривацией». Мнемотропное действие оценивали по влиянию на выработку и выполнение условных рефлексов с положительным (Т-образный лабиринт) и отрицательным (УРПИ) подкреплением. Для оценки антидепрессивного эффекта использовали модель «поведенческое отчаяние». Соединения вводили внутривенно в дозе 1/100 и 1/1000 от ЛД50 за 30 мин до начала тестирования. Результаты обработаны статистически с определением t- критерия Стьюдента.

Результаты экспериментов. В дозе 1/100 ЛД50 соединение А6 не влияло на длительность периодов «замирания» животных на модели «поведенческое отчаяние», а соединение S7 сокращало их (контроль 124,6±9,6 с, опыт 76,8± 5,6, p<0,05), что предполагает отсутствие антидепрессивной активности у первого соединения и ее наличие у второго. Соединение А6 в обеих дозах не изменяло показатели процессов обучения на модели УРПИ и в Т-образном лабиринте. При введении S7 в дозе 1/100 ЛД50 латентный период захода мышей в темную камеру на второй день увеличивался в 5,2 раза по сравнению с контролем (p<0,05), и в обеих дозах препарат уменьшал время подхода к пище (в 5,2 и 3,7 раза соответственно, p<0,05). Исследовательскую и двигательную активность мышей в «открытом поле» стимулировал только препарат S7.

Более высокая психотропная активность препарата S7, представляющего собой натриевую соль препарата А6 связан , вероятно, с его более оптимальными фармакокинетическими параметрами.

## **ИЗУЧЕНИЕ АНТИМИКРОБНЫХ СВОЙСТВ НОВЫХ ВЕЩЕСТВ И ИХ КОМБИНАЦИЙ С АНТИБИОТИКАМИ**

**Солёнова Е.А., Драндров Д.Г.,**

**Чувашский государственный университет**

**Научный руководители – д.м.н., проф. Павлова С.И., к.х.н., ст. преп. Карпов С.И.**

Рост антибиотикорезистентности предопределяет поиск новых веществ с антибактериальной активностью как одно из наиболее проблемных и актуальных направлений в фармакологии. В связи с этим целью настоящего исследования стал поиск кандидатов, обладающих антимикробной активностью, среди новых химических соединений различных классов и их комбинаций с антибиотиками.

Материалы и методы. Объектами исследования стали 50 новых химических соединений различных классов и/или их комбинация с оксациллином. Диапазон тестируемых концентраций исследуемых соединений составил 2,0 – 256,0 мкг/мл. Антимикробную активность оценивали с помощью метода серийных разведений в бульоне, определяя минимальную подавляющую концентрацию (МПК) в отношении S. aureus J49 (ATCC 25923), E. coli TG-1. Бактерии культивировали в питательном бульоне Brain-Heart Infusion (BHI; Gibco, США). Расчет концентрации микробных тел производился согласно стандартам МакФарланда.

Результаты. Протестировано 50 соединений следующих классов: ?-пираноны, пиридинкарбонитрилы, спиро[4,4]нонаны, пиролло[3,4 - с]пиридоны, хинолинкарбонитрилы. Из них исследуемых соединений антибактериальной активностью в отношении S. aureus J49 обладают два вещества: производные имидазола и никотиновой кислоты. МПК90 обоих веществ составила 64 мкг/мл, а МПК50 = 32 мкг/мл. Среди исследуемого ряда веществ с антимикробной активностью в отношении E. coli не выявлено. При определении активности производного имидазола в комбинации с заведомо неактивной концентрацией оксациллина (0,00625 мкг/мл) в отношении S. aureus J49 МПК90 уменьшилась и составила 32 мкг/мл.

Выводы. Из 50 исследованных веществ только производные имидазола и никотиновой кислоты обладают умеренной антибактериальной активностью по отношению к штамму *S. aureus* J49 с МПК90 = 64 мкг/мл. Также установлено наличие эффекта синергизма в форме потенцирования. производного имидазола с оксациллином (МПК90 составила 32 мкг/мл).

Полученные результаты свидетельствуют о перспективности направленной модификации производного имидазола как с целью повышения его антистафилококковой активности, так и способности проявлять синергизм с существующими противомикробными препаратами.

## **ИММУНОЛОГИЯ И АЛЛЕРГОЛОГИЯ**

### **ПРОТОЧНАЯ ЦИТОМЕТРИЯ В ОПРЕДЕЛЕНИИ CD-МАРКЕРОВ У БОЛЬНЫХ ГЕМОБЛАСТОЗАМИ**

**Артемяева Д.В., Короткова А.С.**  
**Казанский государственный медицинский университет**  
**Научный руководитель – к.м.н., доц. Васильева А.А.**

Актуальность темы. Гемобласты входят в число самых распространенных опухолей человека, причем среди опухолей детей первых 5 лет жизни на их долю приходится около 30% случаев. Совершенствование методов современной терапии лейкозов и злокачественных лимфом приводит к необходимости все более тонкой и точной идентификации лейкозных клеток. По совокупности антигенных клеточных структур, объединяемых под общим термином «кластер дифференцировки – CD», можно определить клетки на разных стадиях созревания и установить линейную принадлежность клеточной популяции, их метаболическую и пролиферативную активность, что ценно для диагностики названных выше заболеваний.

Цель работы. Определение клеточных популяций по содержанию на их поверхности CD-маркеров, значимых в диагностике гемобластозов.

Материалы и методы. Анализ научной литературы по проблеме. Для фенотипической характеристики клеток крови и костного мозга использовался метод проточной цитофлюориметрии в совокупности с компьютерной обработкой исследуемой пробы и графического анализа. В исследовании применялись специфические трехцветные меченые антитела.

Полученные результаты. При анализе клеточных популяций по упрощенной схеме у больных были диагностированы острый миелоцитарный лейкоз и острый лимфобластный лейкоз. Также по развернутой схеме была произведена дифференциальная диагностика предполагаемого В-клеточного хронического лимфолейкоза со зрелоклеточными лимфомами у больного N (47 лет). В результате клинико-лабораторных исследований у данного пациента была верифицирована фолликулярная лимфома.

Закключение. Возможности проточной цитофлюориметрии позволяют использовать ее для диагностики и прогноза онкогематологических заболеваний, а также их мониторинга в процессе лечения. Следует отметить дифференциально-диагностическую значимость метода проточной цитометрии. Особую важность метод иммунофенотипирования с выявлением экспрессируемых CD-маркеров приобретает в диагностике редких острых миелоидных лейкозов и в выделении различных вариантов острого лимфобластного лейкоза.

### **ИММУННЫЙ СТАТУС И ПРИВЕРЖЕННОСТЬ К ВАКЦИНОПРОФИЛАКТИКЕ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКОГО ФАКУЛЬТЕТА**

**Петрова Т.А.**  
**Чувашский госуниверситет им. И.Н. Ульянова**  
**Научный руководитель – к.м.н., доц. Андреева Н.П.**

Цель исследования: клинико-эпидемиологическая характеристика заболеваемости ОРВИ, оценка иммунного статуса и приверженности в лечении ОРВИ среди студентов.

Материалы и методы исследования: проведено анкетирование 93 студентов 1 курса медицинского факультета ФГБОУ ВПО «Чувашский госуниверситет им. И.Н. Ульянова» (от 18 до 22 лет) для выявления количества эпизодов ОРВИ и приверженности в лечении, оценен иммунный статус в период ОРВИ по данным гемограмм (у 52 студентов), иммунограмм (у 18 студентов).

Обсуждение: В I группу вошли 70 человек, в том числе 37 юношей (52,9%) и 33 девушки (47,1%), проживающих совместно с родителями, во II - 23 человека, проживающих отдельно от родителей, из них 11 юношей (52,2%) и 12 девушек (47,8%). Средний возраст I группы составил  $18,4 \pm 0,08$  лет, II –  $18,0 \pm 0,23$  года. Структура сопутствующих заболеваний 1 группы: на 1 месте - гастриты (32,9%), на 2 - синдром вегетативной дисфункции (14,3%), на 3 - тонзиллиты (7,1%); во 2 – группе соответственно: ВСД (21,7%), гастриты (17,4%), тонзиллиты (8,7%) и малые аномалии развития сердца (8,7%). Вакцинацию против гриппа провели в обеих группах у 1/3 студентов (соответственно 70% и 65,2%). У 52,6% вакцинированных 1 группы и 66,7% - 2-ой ОРВИ наблюдались не более 1-2 раз в год. В то же время у 82,4% невакцинированных 1 группы частота ОРВИ составила 1-2 эпизода, во 2-ой - 56,3% имели 3-4 эпизода ОРВИ ( $p < 0,05$ ). При этом, за помощью к врачу достоверно чаще обращались студенты 1 группы, студенты 2 группы лечились самостоятельно. Статистически значимых различий в иммунном статусе не выявлено. Среднее содержание лейкоцитов, лимфоцитов на фоне ОРВИ выше нормы, содержание CD4+- лимфоцитов - в пределах нормы, CD8+- лимфоцитов повышен.

Закключение. Вакцинацию против гриппа в сезон 2013-2014 г.г. провели не более 1/3 студентов 1 курса медицинского факультета. Количество эпизодов ОРВИ достоверно выше среди невакцинированных и проживающих самостоятельно студентов. Наблюдается тенденция к самолечению (без обращения к врачу) среди студентов, проживающих самостоятельно.

### **КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ЛЕКАРСТВЕННОЙ АЛЛЕРГИИ У БОЛЬНОГО С ГЕРПЕСВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ**

**Тихонова О. А.**  
**Казанский государственный медицинский университет**  
**Научные руководители – д.м.н., проф. Скороходкина О. В., к.м.н., доц. Фаткуллина Г.Р.**

Осложнения лекарственной терапии, включая лекарственную аллергию, представляют собой важнейшую медицинскую проблему. В зависимости от механизма развития выделяют 4 типа аллергических реакций. Реакции замедленного типа (4-й тип) обусловлены клеточно-опосредованными механизмами, в развитии которых главную роль играют Т-лимфоциты,

секретирующие цитокины, под действием которых развивается аллергическое воспаление. При этом возможно участие макрофагов или полиморфно-ядерных лейкоцитов (4 подтипа ГЗТ). К клиническим проявлениям реакций этого типа относят и различные лекарственно-обусловленные экзантемы, протекающие на фоне вирусной инфекции. Под нашим наблюдением находился ребенок 3,5 лет, поступивший на 12 день болезни с жалобами на волнообразную фебрильную лихорадку, недомогание, пятнисто-папулезно-везикулезную сыпь на коже с ежедневными подсыпаниями. Амбулаторно получил курс цефтриаксона. При осмотре: выраженный синдром интоксикации, увеличение шейных лимфоузлов, гепатолиенальный синдром. В анализе крови гиперлейкоцитоз, сдвиг лейкоформулы влево, ускорение СОЭ, положительный СРБ, высокий прокальцитонин. Методом ПЦР в крови и слюне обнаружена ДНК ВГЧ 6 типа на фоне слабо положительных IgM к капсидному антигену вируса Эпштейн-Барр. Характер кожного процесса и взаимосвязь с приемом лекарственного средства позволили предположить наличие лекарственной аллергии к цефтриаксону, развившейся на фоне вирусной инфекции. Таким образом, продемонстрированный случай представляет собой сочетанный вариант герпетической инфекции (ЭБВ+ВГЧ 6 типа), осложненной развитием лекарственной аллергии на цефтриаксон (ГЗТ) с полиморфной экзантемой на фоне системной воспалительной реакции, требующий комплексной терапии с учетом этиологии заболевания.

## **КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ АТОПИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПЫЛЬЦЕВОЙ ЭТИОЛОГИИ У ЖИТЕЛЕЙ РАЗЛИЧНЫХ РАЙОНОВ РЕСПУБЛИКИ ТАТАРСТАН**

**Гайнуллина Г.Р.**

**Казанский государственный медицинский университет  
Научный руководитель – д.м.н., проф. Хакимова Р.Ф.**

Цель: изучить клинические особенности атопических заболеваний, вызванных пыльцевой сенсибилизацией. Работа является вторым этапом исследований, направленных на изучение региональных особенностей пыльцевой сенсибилизации в районах с различной экологической характеристикой.

Материалы и методы исследования: Объектом исследования явились 80 пациентов (от 18 лет и старше), которые наблюдаются в РЦКИ МЗ РТ. Группы были отобраны методом случайной выборки. В зависимости от места жительства пациентов сформированы две группы по 40 человек: I- проживающие в юго-восточных, II- в западных районах РТ. В работе использованы аллергологические и статистические методы исследования.

Обсуждение: Установлены достоверные возрастные различия: в I группе 95% составили пациенты от 18 до 40 лет, в то время как во II группе – 62,5%. Дебют поллиноза до 10 лет достоверно чаще отмечался в I группе (40% и 22,5% случаев;  $p < 0,05$ ). При изучении характера сенсибилизации достоверных отличий в частоте сенсибилизации к пыльце луговых и сорных трав не выявлено. Однако установлена тенденция к росту частоты сенсибилизации к пыльце деревьев и сочетанной сенсибилизации к пыльце деревьев, луговых и сорных трав. При этом в I группе в 32,5% случаев выявлена только пыльцевая сенсибилизация, у остальных – сочетание с сенсибилизацией к эпидермальной и бытовым аллергенам (во II – соответственно 42,5% и 57,5%). Бронхиальная астма изолированная и в сочетании с аллергическим ринитом встречалась чаще в I группе (72,5%) по сравнению со II (60% случаев). Аллергический ринит преобладал во II группе по сравнению с I (40% и 27,5% соответственно). При этом в изученных группах отмечались значимые различия в степени тяжести бронхиальной астмы.

Выводы: Атопические заболевания пыльцевой этиологии у жителей юго-восточных районов Республики Татарстан по сравнению с пациентами из западных регионов имеют особенности: более ранний дебют; быстрое расширение спектра сенсибилизации; раннее формирование сочетанных клинических проявлений.

## **ПОБОЧНЫЕ ЛЕКАРСТВЕННЫЕ РЕАКЦИИ КАК ПРИЧИНА РАЗВИТИЯ ТОКСИКОДЕРМИИ**

**Губаева Д.Н., Усманова А. Р.**

**Казанский государственный медицинский университет  
Научные руководители – д.м.н., проф. Хакимова Р.Ф., д.м.н., проф. Файзуллина Е.В.**

Цель исследования: изучение факторов риска, клинических особенностей токсикодермии.

Материалы и методы исследования: Объект исследования – 40 пациентов в возрасте от 18 до 80 лет, находившихся на лечении в аллергологическом отделении ГКБ №7 и отделении дерматологическом РККВД РТ (г.Казань). Наряду с объективным обследованием, проводилось анкетирование с использованием специально разработанных анкет-опросников. Для оценки степени тяжести использована карта экспертной оценки и дерматологический индекс шкалы симптомов (ДИШС). В качестве контрольной группы анкетирование проведено у 40 здоровых человек.

Результаты: Анализ показал, что среди пациентов преобладали женщины (75%). Вероятными этиологическими факторами токсикодермии явились: пищевые продукты (35%), антибиотики (17,5%), противовоспалительные и обезболивающие препараты (15,0%), витамины (10,0%), эпидермальные и растительные антигены (7,5%), бытовая химия (5,0%). Однако в разные возрастные периоды роль отдельно взятых факторов неоднозначна. Так, в 18-35 лет (42,5%) причиной явилось применение витаминов группы В, продукты питания, нервно-эмоциональное напряжение на работе, учебе; в 36-59 лет (27,5%) – применение антибиотиков, контакт с бытовой химией, работа в ночное время; в 60 лет и старше (30%) – прием противовоспалительных и обезболивающих препаратов, контакт с вредными химическими веществами на производстве. У 62,5% пациентов реакция возникла впервые, у 35,0% – повторная реакция. При этом установлено, что в 20% случаев реакция на применение препарата возникла впервые, у 10% – при втором по счету курсе лечения данным препаратом. У 25% пациентов токсикодермия появилась на 3-м и более курсе лечения. Продолжительность кожных реакций различалась: в 42,5% случаев более 1 суток, в 32,5% – несколько часов, в 5% – до 1 часа. В 60% случаев при поступлении состояние оценивалось как средней степени тяжести. Средний показатель ДИШС составил  $11,8 \pm 0,6$ .

Выводы: Непереносимость лекарственных препаратов является одной из ведущих причин токсикодермий, требующих госпитализации в стационар.

## **СПЕЛЕОТЕРАПИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ**

**Рустамов М.Н., Аббасов У.И.**

**Казанский государственный медицинский университет  
Научный руководитель – д.м.н., проф. Хакимова Р.Ф.**

Цель: изучить эффективность спелеотерапии в комплексной терапии пациентов с бронхиальной астмой.

Материалы и методы исследования: Проведена оценка непосредственных и отдаленных результатов лечения в условиях спелеокомплекса на базе ЛПУ «Республиканская больница спелеолечения» (г.Солигорск) методом анкетирования 212

больных atopической бронхиальной астмой персистирующего течения легкой и средней степени тяжести в возрасте от 12 до 68 лет. Группой сравнения явились 67 пациентов (аналогичного возраста) с хроническим бронхитом.

Обсуждение: Положительный терапевтический эффект в результате проведенного лечения был достигнут у 93,3%. Анализ степени эффективности показал, что после курса спелеолечения 15,7% больных выписывается со значительным улучшением, с улучшением-76,6% и 4,9%- с незначительным улучшением. Наиболее высокий эффект получен у пациентов с atopической формой бронхиальной астмы легкой и средней тяжести течения (99,3%) при контролируемом течении заболевания, в отличие от пациентов с хроническим бронхитом. Эффект комплексной терапии подтверждался результатами исследования функции внешнего дыхания. К концу курса спелеолечения показатели спирограммы увеличивались: ЖЕЛ –на 15-28%, ОФВ1- на 14-21%, ПОС на 5-40%, МОС25-на 22-45%, МОС50-на 12-48%, МОС75 на 14-48%. Спелеолечение позволило существенно уменьшить у больных бронхиальной астмой (в 1,502 раза) объем базисной медикаментозной терапии. Наряду с этим, согласно субъективной оценке результатов лечения пациентами, повысилась толерантность к физической нагрузке и неблагоприятным факторам окружающей среды. Анализ отдаленных результатов показал, что достигаемый в результате спелеолечения терапевтический эффект сохраняется от 3 месяцев до 2-х и более лет, что зависело от степени тяжести бронхиальной астмы.

Выводы: Результаты свидетельствуют об эффективности спелеотерапии в комплексном лечении atopической бронхиальной астмы, что подтверждается уменьшением объема базисной терапии, увеличением толерантности к триггерам заболевания и данными динамического инструментального обследования.

## **ЭФФЕКТИВНОСТЬ АЛЛЕРГЕНСПЕЦИФИЧЕСКОЙ ИММУНОТЕРАПИИ У ДЕТЕЙ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ**

**Агеева Г.Р.**

**Казанский государственный медицинский университет**

**Научный руководитель – д.м.н., проф. Хакимова Р.Ф.**

Цель: оценить эффективность проведения аллергенспецифической иммунотерапии (АСИТ) у детей с бронхиальной астмой (БА).

Материал и методы исследования: объект исследования – 50 детей в возрасте от 6 до 17 лет, получавших АСИТ в аллергологическом отделении и дневном стационаре Детской республиканской клинической больницы Министерства здравоохранения Республики Татарстан. В зависимости от степени тяжести БА сформированы две группы: 1 – дети с легким интермиттирующим течением (17), 2 – с легким персистирующим течением (33). С целью оценки эффективности учитывались клинико-anamnestические данные, результаты обследования. Наряду с этим проводилось анкетирование детей и родителей с использованием специально разработанных анкет, включавших вопросы, ответы на которые дали возможность анализировать субъективную оценку результатов лечения.

Результаты исследования: atopический дерматит в раннем возрасте наблюдался чаще в

1-ой группе, чем во 2-ой (соответственно в 35% и 18% случаев). В то же время, у 51% детей 2-ой группы БА дебютировала в возрасте от 1 до 3 лет, в то время как в 1-ой группе – у 35%. В обеих группах частота аллергического ринита не отличалась и составила 82%. Аллергический конъюнктивит отмечался у 29% детей 1 группы и 36% - во 2-ой. В обеих группах превалировала сочетанная сенсibilизация бытовая, эпидермальная, пылевая (соответственно в 80% и 91% случаев). К моменту проведения исследования, пациенты получили от 2 до 7 курсов АСИТ водно-солевыми экстрактами перечисленных аллергенов по ускоренному методу. Анализ клинико-anamnestических данных показал, что частота отличного эффекта АСИТ (отсутствие клинических проявлений, периодов обострений, потребности в медикаментозной терапии) отличалась у детей изучаемых групп (соответственно - в 35% и 18% случаев). У остальных пациентов клинические проявления, частота и длительность периода обострения, потребность в медикаментозной терапии уменьшились. Полученные клинические данные коррелировали с данными проведенного анкетирования.

Заключение: АСИТ является эффективным методом лечения детей с бронхиальной астмой. Отличный эффект АСИТ с большей частотой наблюдается у детей с легким интермиттирующим течением заболевания.

## **СИНДРОМ СТИВЕНСА-ДЖОНСОНА У РЕБЕНКА С АТОПИЕЙ**

**Галеев В.А.**

**Казанский государственный медицинский университет**

**Научный руководитель – д.м.н., проф. Хакимова Р.Ф.**

Актуальность. Синдром Стивенса-Джонсона (СДД) – редкая токсико-аллергическая реакция, в связи с чем диагностика часто вызывает затруднения, а описание каждого случая имеет практическое значение.

Цель: изучить клинико-иммунологические особенности СДД.

Материалы и методы исследования. Ребенок в возрасте 3 г. 2 мес., находившийся на стационарном лечении в ГАУЗ ДРКБ МЗ РТ с диагнозом: синдром Стивенса-Джонсона. В работе использованы методы: клинического наблюдения, библиографический, аналитический.

Обсуждение. Клинические проявления соответствовали классическому течению СДД. Ребенок поступил в тяжелом состоянии с признаками интоксикации и выраженным кожным процессом. Заболевание началось на фоне ОРВИ при применении антибиотика из группы цефалоспоринов III поколения (в анамнезе: кожные высыпания при использовании флемоксина). На коже лица, шеи, ушей, туловища, конечностей, в паховой области: эритематозные многоформные высыпания с тенденцией к слиянию. Позднее на гиперемизированных участках кожи образовались пузыри с прозрачным содержимым, которые также сливались друг с другом. Симптом Никольского отрицательный. На слизистых полости рта: эрозии, покрытые налетом, гиперемия. Конъюнктивы гиперемизированы. Болезненность при мочеиспускании. В анализах крови признаки воспаления. Содержимое пузырей стерильно. Уровень общего IgE в сыворотке крови высокий (404,8 МЕ/л). Специфическое аллергологическое обследование выявило наличие сенсibilизации к пылевому (пыль, клещи), пищевому (молоко, картофель), животным (кошка, собака), бытовым (домашняя пыль, клещи) аллергенам. При этом клинические проявления, связанные с указанной сенсibilизацией в анамнезе не прослеживаются, что позволяет расценить ее как субклиническую. В комплексную терапию включены внутривенные иммуноглобулины, что позволило профилактировать бактериальные осложнения.

Выводы. При назначении лекарственных средств пациентам с отягощенным аллергологическим анамнезом необходимо учитывать возможность развития перекрестных реакций. Клинические симптомы СДД у ребенка с сенсibilизацией к неинфекционным аллергенам не связаны с гиперчувствительностью немедленного типа.



## **КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ НЕЙТРОПЕНИИ У ДЕТЕЙ**

**Ефимова Е.П.**

**Казанский государственный медицинский университет  
Научный руководитель – д.м.н., проф. кафедры Хакимова Р.Ф.**

Нейтропения нередко встречается в различные возрастные периоды в виде синдрома или диагностируется как первичное заболевание нейтрофильных лейкоцитов и/или их предшественников. Цель: изучить клинические особенности нейтропии у детей. Материалы и методы исследования: объектом исследования явились 12 детей в возрасте от 1 месяца до 36 месяцев, которые находились на обследовании и лечении в различных отделениях ГАУЗ ДРКБ МЗ РТ. В работе использованы методы клинического наблюдения, библиографический, аналитический. Обсуждение: анализ клинико-анамнестических данных показал, что наиболее частой причиной госпитализации (в 75% случаев) являлись соматические заболевания, по поводу которых проводилось обследование. Нейтропения, как абсолютная, так и относительная, в таких случаях выявлялась при исследовании общего анализа крови, при этом рецидивирующий инфекционный синдром в анамнезе не прослеживался. При выписке из стационара таким пациентам рекомендовалось динамическое исследование общего анализа крови. Заслуживает внимание редкий случай врожденной нейтропии, установленный у ребенка К. в возрасте 2,5 месяцев. Из анамнеза: на 4-5 сутки жизни на коже ягодиц, бедер появились фурункулы, проводилась местная терапия. На 10 сутки ребенок госпитализирован в отделение гнойной хирургии ДРКБ, где находился с диагнозом: "Абсцесс верхней трети правого бедра. Гнойный омфалит. Везикуллопустулез". При обследовании выявлена абсолютная нейтропения (0-1%). В последующем госпитализирован в возрасте 2 месяцев в связи с острой пневмонией. Сохраняющаяся нейтропения, тяжелый рецидивирующий инфекционный синдром явились показанием для иммунологического и медико-генетического обследования для исключения первичного (врожденного) иммунодефицита, которое проведено в отделении клинической иммунологии ФНКЦ ДГОИ (город Москва). Генетическое исследование выявило мутации гена ELANE, что является основой развития тяжелой врожденной нейтропии. Выводы: в раннем возрасте наиболее часто диагностируется доброкачественная нейтропения, которая требует проведения дифференциального диагноза с врожденными дефектами фагоцитарной системы.

## **СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ СЕНСИБИЛИЗАЦИИ К ГРИБКОВЫМ АЛЛЕРГЕНАМ У ДЕТЕЙ И ВЗРОСЛЫХ**

**Козлов А.Е., Петранина Е.А., Ивлиев А.В.**

**Саратовский государственный медицинский университет  
Научный руководитель – к.м.н., доц. Гамова И.В.**

Грибковые аллергены являются значимыми сенсибилизирующими факторами, вносящими существенный вклад в развитие респираторной аллергической патологии у разных возрастных категорий пациентов.

Цель исследования - сравнительный анализ сенсибилизации к наиболее распространенным грибковым аллергенам у взрослых и детей.

Материалы и методы. Проведен анализ результатов определения содержания в сыворотке крови аллергенспецифических грибковых иммуноглобулинов Е у 200 пациентов (100 взрослых и 100 детей, обследованных в клинике в 2013 году) с предположительной ролью ингаляционных аллергенов в развитии респираторной патологии. Исследование проведено методом иммуноблоттинга с использованием стандартной респираторной панели аллергенов («Rida Allergy Screen», R-BIOPHARM, Germany).

Результаты. Грибковые аллергены с одинаковой частотой вызывают сенсибилизацию у взрослых пациентов и у детей. Наибольший уровень сенсибилизации в исследуемых группах выявлен к *Alternaria alternata*, с частотой 45% и 43% соответственно, что отражает значимую роль этого гриба в развитии респираторной аллергической патологии в любом возрасте. *Cladosporium herbarum* вызывает гиперчувствительность у 27% взрослых пациентов и у 25% детей. Отмечен высокий процент сочетанной сенсибилизации к *Alternaria* и *Cladosporium* – 61% в группе детей и 69% у взрослых. Изолированная грибковая сенсибилизация встречается редко - у 13% и 9% пациентов соответственно, чаще она сочетается с повышенной чувствительностью к пыльцевым аллергенам. Повышенный уровень специфических иммуноглобулинов Е к *Alternaria alternata* сочетается с аллергией к пыльце березы у 28% взрослых пациентов и у 26% детей, к пыльце полыни – у 31 и у 27% пациентов соответственно. Сенсибилизация к грибам рода *Penicillium notatum* и *Aspergillus fumigatus* менее распространена, не превышает 17% и встречается с одинаковой частотой у взрослых и детей.

Выводы. Сенсибилизация к грибковым аллергенам формируется в детском возрасте, достигает значительного уровня у детей с респираторными проявлениями аллергического заболевания, часто сочетается с пыльцевой аллергией и сохраняется без существенных изменений у взрослых пациентов.

## **КЛИНИКО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ И МАРКЕРЫ СИСТЕМНОГО ВОСПАЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ ТЯЖЕЛОГО ТЕЧЕНИЯ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ТАБАКОКУРЕНИЯ**

**Локтионова М.М., Соловьева И.А., Крапошина А.Ю.**

**Красноярская государственная медицинская академия  
Научные руководители – д.м.н., проф. Демко И.В., д.м.н., доц. Собко Е.А.**

Курение табака приводит к ускоренному ухудшению функции легких, потере контроля над заболеванием и ухудшению ответа на лечение ингаляционными и системными глюкокортикостероидами. Кроме того, в литературе имеются данные о том, что табакокурение является важным дополнительным экзогенным фактором формирования гиперреактивности дыхательных путей.

Цель: Изучить цитокиновый статус и выявить возможную взаимосвязь клинико-функциональных показателей и системного воспаления у больных бронхиальной астмой тяжелого течения в зависимости от табакокурения.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие 139 больных бронхиальной астмой тяжелого течения в период обострения и вне его через 12 месяцев. В первую группу вошли 98 некурящих больных с бронхиальной астмой тяжелого течения, во 2-й группе наблюдались 41 человек - курящие больные с бронхиальной астмой тяжелого течения. Группу контроля составили 40 относительно здоровых добровольцев. Изучали функцию внешнего дыхания, уровни фактора некроза опухоли-?, интерферон-?, интерлейкин-2, интерлейкин-4, интерлейкин-6, интерлейкин-8, интерлейкин-10, С-реактивного белка, нейтрофильной эластазы в плазме крови и интегральный цитокиновый индекс.

Результаты: Представлены результаты исследования цитокинового профиля у больных бронхиальной астмой тяжелого течения в зависимости от табакокурения при поступлении в стационар и через 12 месяцев вне обострения заболевания. Выявлено наличие системного воспаления, более значимого в период обострения заболевания и опосредованного повышенным уровнем фактора некроза опухоли-?, интерлейкина-2, С-реактивного белка в обеих группах. В группе курящих пациентов

установлено увеличение содержания интерлейкина-8 и нейтрофильной эластазы, что может косвенно свидетельствовать об активном участии нейтрофилов в формировании хронического персистирующего воспаления.

Закключение: Табакокурение является значимым фактором риска, отягощающим как течение бронхиальной астмы, так выраженность воспаления в период обострения заболевания.

### **ИММУНОСУПРЕССИВНОЕДЕЙСТВИЕ ЦИТОСТАТИКА ЦИКЛОФОСФАН НА ФАГОЦИТИРУЮЩИЕ ЛЕЙКОЦИТЫ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ IN VITRO**

**Тройнич Я.Н.**

**Пермская государственная медицинская академия**

**Научные руководители – д.м.н., доц. Лебединская О.В., к.м.н., ст. преп. Годовалов А.П.**

Цель исследования – изучить патогенетическую основу воздействия цитостатиков на фагоцитирующие клетки периферической крови здоровых доноров.

Материалы и методы: Исследования выполнены на пробах периферической крови, полученной от 14 здоровых доноров. Перед проведением фагоцитарного теста кровь в течение 1 часа инкубировали с ЦФ (100; 10; 1; 0,10 и 0,01 мкг/мл). Затем добавляли формализированные эритроциты барана и через 20 и 60 минут инкубации (при 37°C) подсчитывали показатели фагоцитарной активности нейтрофилов и моноцитов: фагоцитарное число, фагоцитарный индекс, относительное и абсолютное число фагоцитирующих клеток, а также активность фагоцитоза. В качестве контроля использовали кровь тех же доноров, пробы которой инкубировали с физиологическим раствором. В контрольных и экспериментальных пробах подсчитывали количество различных фагоцитирующих клеток на 300 лейкоцитов. Статистическую обработку полученных данных проводили с использованием парного t-критерия Стьюдента.

Результаты: Независимо от времени инкубации низкие концентрации ЦФ (0,01, 0,10 мкг/мл) увеличивают относительное количество фагоцитирующих нейтрофилов по сравнению с контрольными показателями и данными при высоких дозах (100; 10; 1 мкг/мл). При концентрации ЦФ 100 мкг/мл фагоцитирующие нейтрофилы составляли  $40,00 \pm 3,69\%$ , а при концентрации ЦФ 0,01 мкг/мл –  $59,88 \pm 3,72\%$  ( $p < 0,05$ ). Аналогичные изменения происходят с моноцитами. Использование ЦФ в высоких дозах приводит к снижению фагоцитарного числа по сравнению с контролем. Абсолютное число фагоцитирующих нейтрофилов остается неизменным при разных концентрациях ЦФ. При концентрации ЦФ 100 и 10 мкг/мл абсолютное число фагоцитирующих моноцитов статистически значимо меньше, чем в контрольных пробах. Индекс завершенности фагоцитоза был менее 1 как у нейтрофилов, так и у моноцитов при всех концентрациях ЦФ.

### **ОЦЕНКА МОРФОЛОГИЧЕСКОГО И ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ЭПИТЕЛИЯ ПРИ ДИСБИОЗЕ ВЛАГАЛИЩА**

**Тройнич Я.Н.**

**Пермская государственная медицинская академия**

**Научные руководители – д.м.н., доц. Лебединская О.В., к.м.н., асс. Годовалов А.П.**

Материалы и методы: Проведено 250 бактериологических исследований отделяемого заднего свода влагалища у пациенток с диагнозом вагинальный дисбиоз. Выполнено цитологическое исследование отделяемого заднего свода влагалища 148 женщин с аналогичным диагнозом. Все клетки делили на три типа: эпителиоциты I, II, III степени зрелости. Для изучения колонизационной резистентности эпителия грибки *Candida albicans* смешивали с суспензией вагинальных эпителиоцитов и инкубировали при температуре 37°C. В мазке подсчитывали количество эпителиоцитов с адгезированными микроорганизмами. Учитывали эпителиоциты с поврежденной мембраной и различные включения.

Результаты. В процессе бактериологического исследования отделяемого заднего свода влагалища пациенток выделены бактерии 71-го вида. По частоте встречаемости преобладают: *Staphylococcus epidermidis* (34,8%), *Peptostreptococcus* sp (32, 8%), *Peptococcus* sp (24%), *Escherichia coli* (24%), *Candida albicans* (13,6%), *Staphylococcus aureus* (17,2%), *Staphylococcus saprophyticus* (10%), *Staphylococcus hyicus* (8,4%), *Enterococcus* sp (8,4%). Несмотря на то, что *Lactobacillus* sp. и *Bifidobacterium* sp обнаружены в 100% случаев, достаточное количество данных бактерий было выявлено только у 9% пациенток.

У женщин с дисбиотическими нарушениями снижена колонизационная резистентность эпителия по сравнению с контролем. Так у женщин контрольной группы преобладают эпителиоциты II степени зрелости с низким уровнем обсемененности ( $42,33 \pm 2,68$ ), а средний и высокий уровень составляют:  $29,83 \pm 2,45$  и  $5,67 \pm 1,67$ , что ниже, чем у пациенток с дисбиозом. При II степени дисбиотических нарушений эпителиоциты II степени зрелости с низким уровнем обсемененности составили  $26,57 \pm 1,98$ , со средним –  $24,33 \pm 1,88$ , с высоким –  $7,79 \pm 1,04$ . Дисбиотические нарушения во влагалище приводят к снижению степени дифференцировки и функциональной активности клеток влагалищного эпителия.

### **ИЗМЕНЕНИЯ ЛЕЙКОЦИТАРНОГО СОСТАВА КРОВИ И СТРУКТУРЫ ТИМУСА ПРИ ИММУНОСУПРЕССИИ**

**Пантелеев А.Н., Лебединская Е.А., Тройнич Я.Н.**

**Пермская государственная медицинская академия**

**Научный руководитель – д.м.н., доц. Лебединская О.В., к.м.н., ст. преп. Годовалов А.П.**

Цель исследования – изучить изменения лейкоцитарного состава крови и структуры тимуса при иммуносупрессии, индуцированной введением алкирирующего цитостатика циклофосфана (ЦФ).

Исследования проведены на 20 крысах-самцах весом  $284 \pm 20$  г. ЦФ вводили внутривенно в концентрации 100 мг/кг массы тела через 24 часа в течение 4 дней. Перед каждой инъекцией ЦФ у животных получали пробы крови из хвостовой вены для подсчета количества клеток периферической крови. Животные выводились из эксперимента через 48 ч после последней инъекции ЦФ под эфирным наркозом. Для патологоанатомического исследования забирали тимус крыс, серийные парафиновые срезы которого окрашивали гематоксилином и эозином.

В результате исследований было выявлено снижение общего числа лейкоцитов в периферической крови крыс через 24 часа после первой инъекции ЦФ, на второй день количество лейкоцитов снизилось на 50%, а за последующие 2 дня – на 99%. После последней инъекции ЦФ число лейкоцитов за 48 ч не восстановилось. После первой инъекции ЦФ наблюдалось статистически значимое повышение числа сегментоядерных нейтрофилов, которое резко снижалось после второй инъекции цитостатика и в дальнейшем не восстанавливалось. Число моноцитов и лимфоцитов снижалось через 24 ч после первой инъекции циклофосфана и это снижение продолжалось до конца эксперимента.

При 4-кратном введении циклофосфана корковое и мозговое вещество тимуса обеднено лимфоцитами, наблюдается их инверсия. В наибольшей степени оголяется субкапсулярная зона коркового вещества, строма её выглядит отёчной, и в ней обнаруживаются в большом количестве тучные клетки.

Закключение. Введение циклофосфана вызывает иммуносупрессивный эффект за счёт снижения числа клеток-эффекторов врождённого иммунитета и нарушения нормальной структуры первичного органа иммуногенеза – тимуса.

#### **ОСОБЕННОСТИ ЦИТОКИНОВОГО ПРОФИЛЯ СТИМУЛИРОВАННЫХ АДЕНОЗИНОМ МОНОЦИТОВ IN VITRO.**

**Невская К.В., Иванюк Е.Э., Иккерт О.П.**  
**Сибирский государственный медицинский университет**  
**Научный руководитель – д.м.н., проф. Сазонов А.Э.**

Введение. Аденозин – эндогенный пуриновый нуклеозид, высвобождающийся в повышенных количествах при повреждении ткани и в условиях гипоксии. Все типы аденозиновых рецепторов определяются на поверхности цитоплазматической мембраны моноцитов. Изучение эффектов стимуляции аденозиновых рецепторов моноцитов способствует пониманию молекулярных механизмов воспалительных реакций.

Цель: изучение аденозин-опосредованной модификации цитокинового профиля моноцитов.

Методы исследования. Материалом исследования служила венозная кровь 30 здоровых доноров (средний возраст  $25,1 \pm 1,3$  лет). Выделение моноцитов осуществляли с помощью градиентного центрифугирования и культивировали в течение 24 часов. В качестве стимулятора аденозиновых рецепторов использовали аналог аденозина  $5'$ -N-этилкарбоксамидоаденозин в концентрации 30 мкМ, контролем служил диметилсульфоксид. Через 24 часа культивирования осуществляли выделение общей РНК из моноцитов и синтез КДНК. Для определения уровней экспрессии мРНК генов цитокинов (IL-1  $\beta$ , IL-6, IL-8, IL-10) проводили полимеразную цепную реакцию в реальном времени. Уровень секреции определяли методом иммуноферментного анализа. Статистическую обработку данных осуществляли с помощью программного обеспечения GraphPad Prism5

Результаты. В ходе исследования было установлено, что стимуляция моноцитов аналогом аденозина приводит к повышению уровней экспрессии мРНК генов как провоспалительных цитокинов: IL-1  $\beta$  – в 1,9 раза, IL-6 – в 1,5 раза, IL-8 – в 2,8 раза, так и противовоспалительных: IL-10 – в 3,6 раза ( $p < 0,05$ ). При изучении секреторной активности стимулированных моноцитов имели место тенденции к увеличению уровней секреции про- и противовоспалительных паракринных факторов, однако статистически значимых различий получено не было.

Закключение. Таким образом, при стимуляции моноцитов аналогом аденозина в течение 24 часов наблюдается значительное изменение экспрессии и секреции паракринных факторов. Полученные нами данные свидетельствуют о значительном вкладе стимуляции аденозиновых рецепторов моноцитов в ход и разрешение воспалительного процесса.

#### **МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ СЕЛЕЗЁНКИ КРЫС ПРИ ИНДУЦИРОВАННОЙ ИМУННОСУПРЕССИИ**

**Вронский А.С.**  
**Пермская государственная медицинская академия**  
**Научные руководители – д.м.н., доц. Лебединская О.В., к.м.н., асс. Годовалов А.П.**

Цель исследования – оценить гистологические изменения селезёнки крыс при введении высоких доз циклофосфана (ЦФ).

Материалы и методы. Исследования проведены на 20 крысах-самцах весом  $284 \pm 20$  г. ЦФ вводили внутривенно в концентрации 100 мг/кг массы тела 4-кратно с интервалом 24 часа. Животных выводили из опыта через 48 часов после последней инъекции ЦФ под эфирным наркозом. Исследовали серийные парафиновые срезы селезёнки, окрашенные гематоксилином и эозином, в 360 различных полях зрения.

Результаты исследования. В ходе проведенных исследований выявлено, что в селезенке экспериментальных животных преобладает красная пульпа, площадь которой значительно превышает распространённость белой. Красная пульпа гиперемизована, в ней появляется большое количество гемосидерофагов. У 37,5% крыс наблюдается отёк соединительнотканых элементов (трабекул и адвентициальных оболочек артерий), ретикулярной стромы и перичеселюлярный отёк как в красной, так и в белой пульпе. Лимфоидные узелки мелкие, в них отсутствует деление на зоны, в частности, нет реактивных центров. Обеднены Т-лимфоцитами и периартериальные муфты. На фоне заметного разрежения лимфоидной ткани отмечается разрастание соединительной ткани и ретикулярной стромы.

Закключение. При индуцированной иммуносупрессии вызванной циклофосфаном установлены существенные морфологические изменения селезёнки. Белая пульпа селезенки значительно обеднена лимфоцитами, в гиперемизованной красной пульпе выявляются гемосидерофаги и макрофаги. Наблюдаются тканевые и перичеселюлярные отёки. Выявленные морфологические изменения служат причиной нарушения функций данного иммунокомпетентного органа при иммуносупрессии.

#### **БИОХИМИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ СОДЕРЖИМОГО ЗУБНОГО КАНАЛА ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ПЕРИОДОНТИТЕ**

**Сайдазимов Б.Ш.**  
**Пермская государственная медицинская академия**  
**Научные руководители – к.м.н., доц. Годовалов А.П., к.м.н., асс. Задорина И.И.**

Известно, что наличие очага одонтогенной инфекции при хроническом периодонтите представляет опасность для тканей, органов полости рта и организма в целом за счет прогрессирующего пополнения микробного пейзажа ротовой жидкости, патогенами, бактериотоксинами.

Цель исследования – определение концентрации С-реактивного белка, общего белка, альбумина, глюкозы и активности щелочной фосфатазы в содержимом зубного канала при хроническом периодонтите.

Материалы и методы. Проведено исследование отделяемого 23 зубных каналов пациентов с хроническим периодонтитом. В содержимом зубного канала определяли концентрацию С-реактивного белка при помощи иммуноферментного метода, уровень общего белка – биуретовым методом, концентрацию глюкозы – глюкозооксидазным методом, уровень альбумина – в реакции с бромкрезоловым зеленым, а для определения активности щелочной фосфатазы использовали кинетический метод (Вектор-Бест, Россия).

Полученные результаты. В ходе проведенных исследований показано, что концентрация С-реактивного белка в зубном канале при хроническом периодонтите составляет  $0,063 \pm 0,006$  мг/л. Такое низкое содержание этого белка не способствует активации фагоцитоза и системы компонента на бактериальные патогены, которые, как известно, играют ключевую роль в патогенезе хронического периодонтита.

Изменение концентрации альбумина в биологических жидкостях указывает на состояние и степень проницаемости гисто-гематических барьеров. Так, в содержимом зубного канала концентрация альбумина была -  $148,69 \pm 43,89$  г/л, что указывает на диффузию компонентов из кровотока.

Активность щелочной фосфатазы отражает процессы ремоделирования костной ткани. У пациентов с хроническим периодонтитом активность щелочной фосфатазы в содержимом зубного канала была  $5,52 \pm 0,07 \log_{10}$  числа Е/л, что может указывать на повышение остеобластической активности.

Заключение. Таким образом, при хроническом периодонтите выявлено снижение активности противомикробной защиты, а также выявлены признаки ремоделирования костной ткани.

## **ИНФЕКЦИОННЫЕ БОЛЕЗНИ**

### **ТОКСОКАРОЗ ВИСЦЕРАЛЬНАЯ ФОРМА**

**Ткачева Е.С.**

**Казанский государственный медицинский университет  
Научный руководитель – к.м.н., доц. Гилмуллина Ф.С.**

Целью нашего исследования явилось изучение клинико-лабораторных особенностей течения токсокароза у ребенка.

Больной М., 2006 года рождения, житель Нурлатского района, наблюдался в консультативно-диагностическом кабинете Республиканской клинической инфекционной больницы с июня 2009 года по настоящее время.

С однолетнего возраста у ребенка наблюдалась анемия с уровнем гемоглобина 70-75 г/л в течение 2 лет, от лечения препаратами железа эффекта не было. В 3-хлетнем возрасте консультирован гематологом ДРКБ, выявлена железодефицитная анемия III степени, эозинофилия 18%. Ребенок живет в деревне, есть собака и кошка, привычка геофагии и употребление немывтых ягод.

У ребенка наблюдались астено-вегетативный синдром, кожные высыпания с зудом, преимущественно в области нижних конечностей, полилимфаденопатия, конъюнктивит и положительный ИФА на антитела к токсокарам в титре 1/800. Назначен альбендазол 10 мг/кг в сутки в течение 20 дней.

В динамике через 3-5 месяцев сохранялись титры антител к токсокарам 1/800, эозинофилия 12%, уровень гемоглобина поднялся до 100 г/л. После второго курса альбендазола длительностью 10 дней, через 3 месяца показатели периферической крови в пределах нормы (гемоглобин 120 г/л, эозинофилы 4%), титры антител уменьшились до 1/200.

Через 10 месяцев при обострении с титрами антител 1/1600 назначен 3-й курс альбендазола длительностью 10 дней. Через 4 месяца титры антител снизились до 1/400 и в течение 3 лет сохранялись на этом уровне. В 2013 году вновь повышение титров антител до 1/800, эозинофилия 9% и назначен 4-й курс альбендазола на 10 дней, после которого через 3 месяца наблюдалось снижение титров до 1/100.

Таким образом, у ребенка наблюдалось хроническое волнообразное течение висцеральной формы токсокароза с анемией, эозинофилией, высокими титрами антител к токсокарам. Применение 3 курсов терапии альбендазолом привело к положительной динамике клинико-лабораторных данных. После достижения длительной 3-хлетней ремиссии с благоприятным уровнем антител наблюдалось обострение заболевания, которое потребовало назначение 4-го курса специфической терапии.

### **АНАЛИЗ РАБОТЫ ИНФЕКЦИОННОЙ СЛУЖБЫ РЕСПУБЛИКИ ТАТАРСТАН**

**Гинятуллин Р.Р.**

**Казанский государственный медицинский университет  
Руководитель – д.м.н., доц. Кравченко И.Э.**

Актуальность инфекционных болезней на современном этапе определяется стабильным уровнем заболеваемости населения рядом инфекционных заболеваний, появлением новых инфекций и возвращением старых.

Цель: анализ работы инфекционной службы Республики Татарстан (РТ) за 2013 год.

Результаты. В 2013 г. зарегистрировано 744180 случаев инфекционных и паразитарных заболеваний (из них – 87% составляют грипп и ОРВИ). Снижен уровень заболеваемости по 26 инфекционным болезням, в том числе, коклюшем – на 62,9%, острым гепатитом В – на 32,8%, менингококковой инфекцией – на 21,4%, ГЛПС – на 71%. Отмечен рост заболеваемости по 12 нозологиям, из них, дизентерией – на 45,4%, вирусным гепатитом А – на 74,4%, эпидемическим паротитом – в 12 раз, энтеровирусными инфекциями – на 34,4%. Увеличилось количество случаев кори (в 2013г. – 36, в 2012г. – 11). Заболеваемость острыми кишечными инфекциями в РТ ниже, чем по РФ на 36%, вирусными гепатитами – на 41,5%, ВИЧ-инфекцией – на 27,4%. Смертность от инфекционной патологии составила 1%, ведущими причинами смерти являются туберкулез, ВИЧ-инфекция, сепсис.

Структура инфекционной службы РТ представлена 2 инфекционными больницами, 27 (в 2012г.-28) инфекционными отделениями и 93 (в 2012г.-100) кабинетами инфекционных заболеваний (КИЗ). Произошло сокращение коечного фонда инфекционной службы до 880 круглосуточных коек (2012г. – 1060, 2011г. – 1163), в результате сократилась средняя длительность пребывания больного в стационаре, повысилась эффективность работы койки. Было расширено оказание специализированной помощи взрослым вне стационара на уровне КИЗ. Проблемой службы является сокращение общего количества врачей-инфекционистов. Количество штатных должностей (243,75) почти в 2 раз превышает количество физических лиц (129). Укомплектованность кадров достигается за счет совместительства.

Таким образом, оптимизация работы инфекционной службы РТ путем сокращения стационарного звена и расширения амбулаторно-поликлинической помощи не привела к повышению инфекционной заболеваемости и имела экономическую целесообразность.

## **НЕСТАБИЛЬНОСТЬ ГЕНОМА У БОЛЬНЫХ РОЖЕЙ**

**Айбатова Г.И.**

**Казанский государственный медицинский университет  
Научный руководитель – д.м.н., доц. Кравченко Ирина Эдуардовна**

Цель: Оценка цитогенетическим методом уровня повреждения генома в клетках периферической крови больных рожей.

Материалы и методы: Под наблюдением находились 58 больных с различными формами рожи и 40 здоровых лиц в возрасте 25-75 лет. С целью изучения состояния генома использовался метод регистрации микроядер (МЯ) в эритроцитах периферической крови. Обследование больных проводилось в острый период болезни (2-5 дни), в период ранней реконвалесценции (12-14 дни) и период поздней реконвалесценции (через 1 и 3 месяца от начала заболевания), обследование здоровых лиц – однократно. Рожа чаще регистрировалась у женщин (в 67,2% случаев). Первичная рожа диагностирована у 30 (51,7%), повторная – у 2 (3,5%), рецидивирующая – у 26 (44,8%) больных. Эритематозная форма наблюдалась у 46,6% пациентов, эритематозно-геморрагическая – у 29,3%, буллезно-геморрагическая – у 18,9% и эритематозно-буллезная – у 5,2%. Преобладало среднетяжелое течение (у 82% больных).

Результаты: В острый период заболевания (2-5 д.б.) зарегистрировано достоверное повышение уровня эритроцитов с МЯ у больных рожей ( $3,9 \pm 0,19$ ) по отношению к показателям здоровых лиц ( $2,2 \pm 0,18$ ;  $p < 0,01$ ). К периоду ранней реконвалесценции уровень эритроцитов с МЯ значительно возрастал и с высокой достоверностью отличался от показателей здоровых лиц ( $p < 0,01$ ). Степень повреждения генома коррелировала с тяжестью и кратностью заболевания. У пациентов с эритематозной формой рожи и среднетяжелым течением заболевания через 1 мес от начала заболевания наблюдалось снижение количества эритроцитов с МЯ до уровня здоровых лиц ( $p > 0,05$ ). У пациентов с буллезно-геморрагической формой и тяжелым течением уровень эритроцитов с МЯ снижался до показателей здоровых лиц только через 3 месяца.

Выводы: У больных рожей в острый период заболевания и период ранней реконвалесценции регистрируется высокий уровень эритроцитов с МЯ, что свидетельствует о наличии цитогенетических нарушений и нестабильности генома соматических клеток.

## **ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ДИРОФИЛЯРИОЗА У СОБАК**

**Демченко Е.Н.**

**Астраханская государственная медицинская академия  
Научный руководитель – к.м.н., асс. Аракельян Р.С.**

Дирофиляриоз – это трансмиссивный зоонозный биогельминтоз, который вызывается нематодой рода *Dirofilaria* и характеризуется сердечными, печеночными и почечными осложнениями, проявляющиеся у человека образованием подвижной опухоли под кожей на различных участках тела, а также под конъюнктивой глаза (инвазия *D. repens*), при инвазии *D. immitis* поражаются кровеносные сосуды легких и сердца.

Провести обследование служебных собак в Астраханской области на наличие в крови личинок дирофиляриоза и сравнить полученные результаты за 2005 - 2012г.

Рассмотреть современную ситуацию по дирофиляриозу у собак в Астраханской области.

На территории Астраханской области и г. Астрахани расположено 8 питомников служебных собак Управления Федеральной службы исполнения наказаний РФ по Астраханской области. С 2005 по 2009 гг. проводилось обследование служебных собак на наличие в крови личинок дирофиляриоза. За четыре года было обследовано 1870 животных. Дирофиляриоз верифицировался в 127 случаях, зараженность составила 6,8%.

Обследовано 343 собаки, дирофиляриоз верифицировался в 11 случаях, зараженность составила 3,2%. По сравнению с 2005 г., зараженность снизилась в 2,1 раза. Исследования продолжались и дальше...

Возраст обследованных животных колебался от 1 года до 13 лет. С наибольшей частотой дирофиляриоз верифицировался у собак в возрасте от 1 года до 5 лет: 4%,

7,8%, 5,4%, 4,2%, 4,7% соответственно, от 6 до 10 лет наблюдается более низкая заболеваемость, и, наконец, у собак старше 10 лет процент заболевших дирофиляриозом опять повышается и достигает 12,9 %.

Результаты обследования собак в зависимости от пола показывают, что среди кобелей дирофиляриоз встречается чаще, чем у сук: кобели – 5,5%, суки – 3,4%. В г. Астрахани, с 2004 г. по настоящее время было обследовано с 2128 животных. Наличие в крови служебных собак личинок дирофиляриоза по городу в среднем составило 4,98 %.

Также обследование были проведены в Камызякском районе Астраханской области. Из 485 обследованных животных дирофиляриоз верифицировался у 9 собак, что составляет 1,9 %.

Дирофиляриоз встречается практически у всех пород собак. Чаще паразиты встречаются у чистокровных породистых животных с короткой и гладкой шерстью: у русских спаниелей – 25,0%, русской пегой гончей – 14,3%,

среднеазиатских овчарок – 10,6%, кавказских овчарок – 8,6% и ротвейлеров – 8,0%. Интересно, что обследованные беспородные собаки показали зараженность в 4,7 %. В весенне-летний период значительно увеличивается риск заражения дирофиляриозом. Нижнее и Среднее Поволжье характеризуется круглогодичной заболеваемостью собак с выраженными сезонными эпизоотическими добавками в апреле-июне и октябре - ноябре.

Профилактика заражения животных дирофиляриями основывается на истреблении комаров, выявлении инвазированных домашних собак, предотвращение контакта комаров с домашними животными и человеком.

Благодаря ежемесячным обследованиям и проведением профилактических мероприятий среди служебных собак в 2005 – 2009 гг. удалось снизить зараженность дирофиляриями в 2,1 раза, в 2012 – 2013 гг. наблюдается ухудшение эпидемиологической обстановки по дирофиляриозу, поэтому рекомендовано проводить обследование всех животных ежемесячно.

## **КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЭХИНОКОККОЗА**

**Юнусова З.Р.**

**Казанский государственный медицинский университет  
Научный руководитель – к.м.н., доц. Гилмуллина Ф.С.**

Целью нашего исследования явилось изучение клинико-эпидемиологических особенностей эхинококкоза по данным консультативно-диагностического кабинета Республиканской клинической инфекционной больницы в период с 2009 по 2013 годы.

Под наблюдением находилось 20 больных эхинококкозом в возрасте от 20 до 79 лет, среди них 80% женщин, 20% мужчин. Заболевание наблюдалось у 75% городских, у 25% сельских жителей. У 65% больных был длительный контакт с собакой, у 70% -

частный дом или дача, 20% проживали в эндемичных регионах (республики Средней Азии), у 5% эпидемиологический анамнез без особенностей.

По локализации преобладало поражение печени – у 75%, сочетанное поражение печени и легких – у 20%, локализация в легких – у 5%, в селезенке – у 10%. В печени в 65% случаях наблюдалось поражение правой доли, в 5% – левой, а в 30% – и в правой и в левой долях. В легких в 70% случаях поражения локализовались в левом легком, а в 30% – и в правом и в левом.

Клиника у половины больных была малосимптомной (50%), очаговые изменения выявлялись при УЗИ органов брюшной полости и плановой флюорографии. У 35% наблюдались боли и тяжесть в правом подреберье, у 5% – кашель, у 10% – зуд кожи и артралгии.

Для специфической диагностики применяли ИФА с определением титров антител к эхинококкам. У 20% ИФА был отрицательным, а у 80% положительным. Титры антител 1/100 наблюдались у 20%, 1/200 – у 15%, 1/400 – у 15%, 1/800 – у 15%, 1/1600 – у 15%. Низкие титры в основном наблюдались при поражении печени, а высокие титры при сочетанном поражении печени и легких.

При исследовании периферической крови у 40% больных было выявлено повышение СОЭ, у 10% – лейкоцитоз. Эозинофилия периферической крови наблюдалась только у 15% больных.

Таким образом, эхинококкоз наблюдался у взрослых, имеющих длительный контакт с собакой или дачу, преимущественным поражением правой доли печени, малосимптомным течением, выявлением специфических антител в ИФА.

## **АНАЛИЗ СТАЦИОНАРНЫХ СЛУЧАЕВ ОСТРОГО ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА В**

**Кинжаева С.Х., Беляева Й.И.**  
**Казанский государственный медицинский университет**  
**Научный руководитель – к.м.н., асс. Манапова Э.Р.**

Цель исследования: провести анализ стационарных случаев острого вирусного гепатита В (ОВГВ) за период 2010-2013 гг.

Материалы и методы: данные ретроспективного анализа историй болезни 37 (муж.-54%, жен.-46%) пациентов (средний возраст 35,3±1,9 лет) с диагнозом ОВГВ, госпитализированных в Республиканскую клиническую инфекционную больницу им. А.Ф. Агафонова за 4 года. В дополнение к общепринятым исследованиям проведены определения ДНК-НВВ и HCV-РНК в ПЦР, IgM к HBsAg с определением коэффициента позитивности (КП).

Результаты: ОВГВ, желтушная форма средней степени тяжести диагностирован в 91,8%, тяжелое течение – в 8,2% случаях; холестатический вариант в 21,6%. Парентеральный путь выявлен у 13 (35%) пациентов, у 15 (41%) – половой и у 24% – путь передачи неизвестен. Вакцинация от ВГВ у 89,2% пациентов отсутствовала, в 10,8% – данных не было; неработающие составили 38%. Пациенты обращались за помощью на 12,5±1,4 день болезни и 6,2±0,6 день желтухи. Сопутствующие заболевания: 46% – алкоголизм, поражение желудочно-кишечного тракта – 35%, хронический гепатит С – 21,6%, цирроз печени – 2,7%. Во всех случаях заболевание имело циклическое течение (преджелтушный период – 5,2±0,7 дней по смешанному варианту, желтушный – 19,6±1,6 дней). Серологические маркеры ВГВ выявлены в 100% случаев – HbsAg, HbeAg, IgM к HBsAg (КП=22,8±1,1), дельта вирус не определялся. В ПЦР ДНК-НВВ определили (n=19) у 19 (100%). На момент поступления у всех пациентов по лабораторным данным выявлены синдромы: холестаза, цитолита и мезенхимальное воспаление. Госпитализированные находились на стационарном лечении в течение 19,5±1,4 дней; выписано с улучшением 31 (84%), отказались от лечения – 3 (8%) больных; в 1 (2,7%) случае присоединилось осложнение – острая печеночная энцефалопатия (ОПЭП), прекома 1; 2 (5,4%) летальных исхода (причины – ОПЭП и сердечно-сосудистая недостаточность). Таким образом, несмотря на вакцинацию, заболеваемость острыми формами гепатита В остается актуальной у пациентов в возрасте от 30-40 лет с низким социальным статусом, алкоголизмом в анамнезе и половым путем передачи заболевания.

## **ПРОТИВОВИРУСНАЯ ТЕРАПИЯ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ГЕПАТИТОМ С, НЕ ОТВЕТИВШИХ НА ПРЕДЫДУЩЕЕ ЛЕЧЕНИЕ**

**Габдрахимова А.Р.**  
**Казанский государственный медицинский университет**  
**Научный руководитель – к.м.н., доц. Ткачева С.В.**

Цель исследования: оценить эффективность применения цитокинового препарата «ингарон» в комплексной противовирусной терапии (ПВТ) хронического гепатита С (ХГС) у больных, не ответивших на предыдущее лечение.

Материал и методы: нами проанализированы истории болезней 9 пациентов с ХГС, которые получали лечение по следующей схеме: альфарон в дозе 5 млн. ЕД внутримышечно ежедневно в течение 12 недель, затем по 3 млн. ЕД ежедневно до конца ПВТ; рибавирин в зависимости от массы тела (800-1200 мг/сут); ингарон внутримышечно по 500 000 МЕ ЕД через день в течение 24 недель. Длительность терапии составляла 24-48 недель в зависимости от генотипа вируса.

Результаты: среди пациентов преобладали мужчины (67%), с длительностью инфицирования от 5 до 10 лет (55,5%); средний возраст больных составил 32,8±2,2 года. В исследуемой группе 67% пациентов имели высокую вирусную нагрузку и 3 генотип вируса. Фиброз отсутствовал у 3 больных; по одному пациенту имели стадии фиброза 1 и 2; двое больных – фиброз 3 и 4 стадии. Среднее значение аланинаминотрансферазы (АлАТ) до начала ПВТ составило 98,8 ед/л. Нормальные показатели АлАТ перед лечением зафиксированы у 12% больных. Быстрый вирусологический ответ на 4 неделе ПВТ получен у 55,6% больных, ранний вирусологический ответ на 12 неделе – у 77,8%, стойкий вирусологический ответ (СВО) на 24 неделе диспансерного наблюдения – у 55,6% пациентов. Биохимические показатели на фоне ПВТ: к 4 неделе лечения уровень АлАТ нормализовался у 33% больных, у 44% отмечался повышенным до 3 норм, у 22% – свыше 5 норм; на 24 неделе нормальные показатели АлАТ зафиксированы у 55,6% пациентов. К 24 неделе диспансерного наблюдения все пациенты, достигшие СВО, имели нормальные показатели АлАТ.

Таким образом, включение цитокинового препарата «ингарон» в комплексную ПВТ больных ХГС, не ответивших на предыдущее лечение позволило достигнуть СВО у 55,6% пациентов с получением биохимического ответа у 100% больных.

## **ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ И КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА А В УСЛОВИЯХ ВСПЫШЕЧНОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ**

**Замалиева Н.Ф.**  
**Казанский государственный медицинский университет**  
**Научный руководитель – к.м.н., доц. Ткачева С.В.**

Цель: выявить эпидемиологические и клинико-лабораторные особенности вспышечной заболеваемости острым вирусным гепатитом А (ОВГ А) в г. Казани и Республике Татарстан.

Материалы и методы: Проанализированы истории болезни 44 больных ОВГ А в возрасте от 1 до 58 лет (преобладала группа от 21 до 30 лет – 83%), находившихся на стационарном лечении в ГАУЗ РКИБ с декабря 2012 года по апрель 2013 года. Диагноз выставлялся на основании традиционного комплекса клинико-эпидемиологических и серологических (антитела класса М к вирусу гепатита А) данных.

Результаты: Пик заболеваемости ОВГ А пришелся на январь-февраль 2013 года. (25 человек). Среди больных преобладали взрослые (71%) лица женского пола (55%); 19 пациентов были жителями г. Казани, 17 - из г. Арска и 8 - из других районов РТ. При анализе путей передачи установлено: 50% обследованных были в контакте с больным ОВГ А, 9% выезжали за пределы РТ (Египет, Индия, Узбекистан), 7% имелиотягощенный алиментарный анамнез (употребление некипяченой водопроводной воды, питание в общепите). У 100% взрослых пациентов и 62% детей диагностирована желтушная среднетяжелая форма заболевания, в том числе у 1 пациентки 44 лет – с холестатическим компонентом. Преджелтушный период у взрослых составил  $5,0 \pm 2,2$  дня, у детей  $4,3 \pm 3,0$  дня; длительность желтушного периода –  $28,5 \pm 16,5$  и  $13,7 \pm 4,0$  дней, соответственно. Среднее значение общего билирубина у взрослых ( $125,0 \pm 66,0$  мкмоль/л) был достоверно выше ( $p < 0,05$ ), чем у детей ( $78,0 \pm 56,0$  мкмоль/л), уровень АлАТ составил  $1916,9 \pm 1378,0$  ед/л и  $1448,0 \pm 1187,4$  ед/л, соответственно.

Выводы: Таким образом, данная вспышка ОВГ А характеризовалась преимущественно зимней сезонностью, контактно-бытовым путем передачи, преобладанием взрослых лиц женского пола в возрасте от 21 до 30 лет (83%) со среднетяжелой формой заболевания.

## **ЦИТОКИНОВЫЙ СТАТУС ПАЦИЕНТОВ НА РАННИХ СРОКАХ ИНФИЦИРОВАНИЯ ВИЧ**

**Гольц М.Л., Манапова Э.Р., Бешимов А.Т.**  
**Казанский государственный медицинский университет**  
**Научный руководитель – д.м.н., проф. Фазылов В.Х.**

Цель: сравнительная характеристика цитокинового профиля пациентов на ранних сроках ВИЧ-инфекции при половом и парентеральном путях инфицирования.

Материалы и методы: В исследование были включены 45 ВИЧ-инфицированных пациентов, 1 группа (n=25): ВИЧ-моноинфицированные в возрасте  $37,8 \pm 1,8$  лет, 11 (44%) мужчин, с половым путем инфицирования; 2 группа (n=20) ВИЧ/ВГС коинфицированные в возрасте  $34,5 \pm 1,9$  лет, 14 (70%) мужчин, с парентеральным путем инфицирования. Исходные уровни CD4 кл/мкл в 1 группе: 200-350-2 (7%), 350-500-9 (35%), более 500-14 (58%); во 2 группе 8 (40%), 2 (10%), 10 (50%) соответственно. Вирусная нагрузка ВИЧ: более 10000 коп/мл – 58% и 80% в 1 и 2 группах соответственно. Длительность инфицирования составила менее 1 года. По классификации В.И. Покровского, 2006 пациенты находились на стадиях II (А-В) и III. Количественное определение содержания цитокинов (ИФН $\gamma$ , ИЛ-1 $\gamma$ , ИЛ-10, ИЛ-2) в сыворотках крови пациентов проводилось методом ИФА (ООО «Цитокин») при постановке диагноза. Клинико-лабораторный мониторинг каждые 3-6 месяцев в течение 2 лет.

Результаты исследования: В обеих группах наблюдалось угнетение клеточного звена иммунитета (CD4-клеток) и активизация цитотоксических клеток (CD8-клеток). В целом изменения в цитокиновом профиле отражали переключение иммунного ответа на Th2-тип; повышение ИФН $\gamma$  наблюдалось в обеих группах независимо от уровня CD4+клеток ( $p < 0,01$ ), также независимо от уровня CD4+клеток была повышена экспрессия ИЛ-10 в группе ВИЧ-моноинфекции ( $p < 0,01$ ), в группе коинфекции увеличение концентраций этого цитокина определялось с уровня CD4+ < 350/мкл ( $p < 0,01$ ). У моноинфицированных наблюдалась повышенная экспрессия всех цитокинов независимо от числа CD4+ клеток. У коинфицированных пациентов наблюдалась увеличение синтеза ИЛ-1 $\gamma$  при сохраненных в норме показателях CD4+, но уже при уровне CD4+ < 500/мкл уровни данного цитокина были достоверно ( $p < 0,001$ ) ниже по сравнению с ВИЧ-моноинфицированными и здоровыми.

Таким образом, особенностью раннего инфицирования можно считать повышенные уровни ИФН $\gamma$  при различных показателях CD4+ лимфоцитов, а также сохраненные уровни ИЛ-2, что может отражать начальные, неглубокие изменения в регуляции иммунного ответа на начальных сроках заболевания.

## **БОТУЛИЗМ, ТЯЖЕЛОЕ ТЕЧЕНИЕ (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)**

**Гайзатуллин Р.Р., Адылова А.Н.,**  
**Казанский государственный медицинский университет**  
**Научный руководитель – к.м.н., асс. Муртазина Г.Х.**

Актуальность проблемы ботулизма связана с высокой заболеваемостью (в Российской Федерации ежегодно регистрируется до 400 - 500 пострадавших) и достаточно высокой летальностью (в среднем по РФ 3-10%) при данном заболевании. В последние годы отмечается тенденция к увеличению заболеваемости в связи с популярностью домашнего консервирования.

В республиканскую клиническую инфекционную больницу по экстренным показаниям госпитализирована пациентка М., 34 лет, в первый день болезни с ДС: Ботулизм, тяжелая форма. Была консультирована в приемном отделении одного из стационаров г. Казани. Заключение: данных за отравление грибами нет, оказанная помощь: активированный уголь per os.

Эпидемиологический анамнез: за 10 часов до начала заболевания употребляла маринованные грибы (маслята) домашнего приготовления, укуренные железной крышкой.

Клиническая картина характеризовалась острым началом с развитием ведущих клинических синдромов с первых часов заболевания: гастроинтестинального (тошнота, рвота, жидкий стул) при нормальной температуре тела, офтальмоплегического (диплопия, горизонтальный нистагм, птоз, мидриаз), назоглоссофарингоплегического (дисфагия, дисфония), мионейроплегического (выраженная слабость) и дыхательных расстройств (затруднение дыхания, одышка в течение суток от начала заболевания).

Диагноз был подтвержден обнаружением токсина *C.botulinum* в сыворотке крови пациентки.

Проводилась комплексная интенсивная терапия: специфическая (введение противоботулинической сыворотки тип А,В,Е по 4 лечебные дозы под прикрытием ГКС), антибактериальная, дезинтоксикационная и патогенетическая.

Ботулизм остается серьезной проблемой здравоохранения, но ранняя диагностика и комплексная интенсивная терапия позволяют успешно бороться даже с тяжелыми формами заболевания. Необходимо своевременно и в полном объеме оказывать первую помощь и начинать специфическую серотерапию при данной патологии, на что хотелось бы акцентировать внимание врачей всех специальностей.

## **БОРЬБА С «ЧЕРНОЙ СМЕРТЬЮ»: ОТ ОБОРОНЫ К НАПАДЕНИЮ**

**Шакурова М.Ф.**

**Казанский государственный медицинский университет  
Научный руководитель – к.м.н., доц. Фазульязнова А.И.**

Чума - особо опасное природно-очаговое инфекционное заболевание, проявляющееся лихорадкой, тяжелой интоксикацией, поражением лимфатических узлов, легких и других органов, сепсисом. Возбудитель - *Yersinia pestis*, открытый в 1894 году учеными Китасато и Иерсеном. Актуальность изучения чумы обусловлена её высокой контагиозностью и смертностью. В 1969 году решением 22 ассамблеи ВОЗ чума отнесена к карантинным болезням. По мнению исследователей, чума произошла примерно 2000—3000 лет назад в результате мутации возбудителя псевдотуберкулёза. Первая достоверная пандемия чумы, «юстиниановая», возникла в VI веке в эпоху расцвета культуры Восточно-Римской империи, во время царствования императора Юстиниана. Погибло более половины населения Восточной Римской империи – почти 100 миллионов человек. Вторая пандемия, известная как «черная смерть», пришла в XIV веке (1348–51). Она открыла период эпидемий, не оставлявших Европу в покое на протяжении пяти столетий. Во время второй пандемии погибло около 40 миллионов человек. Третья пандемия чумы началась в конце XIX века в китайской провинции Юнь-Нань. «Китайская» пандемия сильно отличалась от всех предыдущих вспышек чумы. Это была «портовая чума», не проникавшая в глубь материка. Это была «крысиная чума», так как источником ее распространения были судовые и портовые крысы. Наконец, это была преимущественно «бубонная» чума, осложнения вторичной, легочной чумой наблюдались редко. В историческую эпидемиологию чумы внесли вклад Заболотный и Хавкин – создатель противочумной вакцины. Формула Заболотного: «эпизоотия среди грызунов—человек-эпидемия» – объясняла причины многих вспышек чумы. Формирование противочумной системы в России началось в конце XIX века. Была создана мощная сеть противочумных учреждений с научно-исследовательскими институтами с подведомственными им станциями и отделениями. Ежегодные наблюдения за природными очагами чумы обеспечивают эпидемиологическое благополучие страны. К сожалению, почва для возникновения эпидемических осложнений существует, и нужно сделать все возможное, чтобы «черная смерть» из далекого прошлого не стала болезнью будущих поколений.

## **ПОКАЗАТЕЛИ МАЛОНОВОГО ДИАЛЬДЕГИДА У БОЛЬНЫХ ГАСТРОЭНТЕРИТИЧЕСКИМ ВАРИАНТОМ ТЕЧЕНИЯ САЛЬМОНЕЛЛЕЗА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ ИНФЕКЦИОННОГО ПРОЦЕССА**

**Бережнова В.В.**

**Казанский государственный медицинский университет  
Научный руководитель – к.м.н., асс. Галеева Н.В.**

Цель: проследить динамику изменения первичного продукта перекисного окисления липидов - малонового диальдегида (МДА) у больных сальмонеллезом гастроинтестинальной формы, гастроэнтеритического варианта при разной степени тяжести течения заболевания

Под наблюдением находилось 78 пациентов с сальмонеллезом гастроэнтеритического варианта течения. Группа здоровых доноров 30 человек.

При поступлении в стационар уровень МДА составил у пациентов тяжелого течения заболевания ( $7,71 \pm 1,35$  мкМ/л,  $n=26$ ), что достоверно ( $p<0,01$ ) выше значений здоровых ( $2,0 \pm 0,06$  мкМ/л) показателей на 74%. При легком ( $2,41 \pm 0,16$  мкМ/л,  $n=16$ ) течении и средней тяжести ( $2,94 \pm 0,16$  мкМ/л,  $n=26$ ) процесса уровень МДА был достоверно ( $p<0,01$ ) ниже показателей, при тяжелом течении заболевания.

Таким образом, оксидативный стресс при сальмонеллезе гастроинтестинальной формы, гастроэнтеритического варианта течения на примере малонового диальдегида, тем сильнее, чем более выражена тяжесть течения инфекционного процесса.

## **БЕШЕНСТВО. ИСТОРИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ.**

**Ильина О.А., Иванова Е.Н.**

**Казанский государственный медицинский университет  
Научный руководитель – к.м.н., асс. Муртазина Г.Х.**

Бешенство известно с глубокой древности и встречается на всех континентах (кроме Австралии, Океании и Антарктиды). Однако учение о заболевании получило научное обоснование только в конце XVIII в., когда были проведены эксперименты на животных. В 1881г. Луи Пастер установил, что вирус бешенства локализуется преимущественно в ЦНС и первым применил способ заражения животных путем введения слюны с вирусом бешенства под твердую мозговую оболочку. Пастер разработал методику получения новой разновидности – лабораторного вируса, обладающего свойствами, отличными от свойств уличного вируса бешенства, что позволило предложить способ предохранения людей и животных от бешенства, который дал блестящие результаты.

Первая антирабическая вакцина, созданная Луи Пастером в 1885 г. представляла собой спиною мозг кролика, зараженного фиксированным вирусом бешенства, прошедшего 90 пассажей через мозг кролика, высушенный при комнатной температуре и частично инактивированный над кристаллами едкого калия.

Датой открытия антирабических прививок считается 6 июля 1885 г., когда Пастер первому своему пациенту, 9-летнему Жозефу Мейстеру с 14 ранениями, нанесенными бешеной собакой, назначил 13 ежедневных инъекций новой антирабической вакцины. Вторым пациентом был 14-летний пастушок Жан Жюпиль, тяжело укушенный в неравной схватке с бешеной собакой и мужественно защитивший от нападения шестерых других пастушков. Оправданный риск, первое успешное испытание антирабической вакцины, ее быстрое внедрение в практику навсегда вошли в историю медицины как примеры мужества и драматизма в науке.

Весть об открытии Пастера разнеслась по всему миру. Уже в течение 1886 г. благодаря антирабическим прививкам была спасена жизнь 2500 человек. С этого времени в различных странах, в том числе России, были организованы пастеровские станции, где проводились прививки против бешенства.

Бешенство остается актуальнейшей проблемой и современности. Ежегодно в мире до 10 млн. человек получают специфическую антирабическую помощь. По оценке ВОЗ бешенство входит в пятерку инфекционных болезней, общих для человека и животных, наносящих наибольший экономический ущерб.



## **КЛИНИКО-ИММУНОЛОГИЧЕСКАЯ И ВИРУСОЛОГИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ АРВТ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СТАРТОВОГО УРОВНЯ CD4 ЛИМФОЦИТОВ**

**Олейник А. Ф.**  
**Казанский государственный медицинский университет**  
**Научный руководитель – д.м.н., проф. Фазылов В.Х.**

Цель исследования – оценить зависимость клинико-иммунологического и вирусологического ответа антиретровирусной терапии (АРВТ) от стартового уровня CD4 лимфоцитов перед началом терапии у пациентов с ВИЧ-инфекцией. Под наблюдением находилось 134 пациента с ВИЧ-инфекцией в возрасте  $34,35 \pm 6,7$  лет (60%-мужчины, 40%-женщины). В 63% путь заражения – парентеральный в результате внутривенного употребления психоактивных веществ (ПАВ); 95% потребителей находились в ремиссии по потреблению ПАВ. Средний стаж инфицирования на момент начала АРВТ  $6,2 \pm 3,6$  лет. 80% пациентов начали АРВТ на стадии вторичных заболеваний. У 39,5% больных выявлен ХВГС. Стартовая схема АРВТ в 80,5% случаев имела в составе AZT+3TC, в качестве 3-го компонента в 63% случаев использовались ННИОТ, в 30% - ИП. До начала АРВТ среднее значение вирусной нагрузки РНК ВИЧ составило  $5,688262 \log_{10}$ , а уровень CD4 –  $164 \pm 99$  мкл<sup>??</sup>. В зависимости от уровня CD4 лимфоцитов до начала АРВТ пациенты были разделены на 2 группы: 1-я - 45(33,5%) человек с исходным уровнем CD4 > 200 мкл<sup>??</sup>, 2-я – 89(66,5%) человек с уровнем CD4 < 200 мкл<sup>??</sup>. Оценка эффективности АРВТ проводилась через 6 и 12 месяцев лечения. Количественное определение РНК ВИЧ в плазме крови выполнялось методом ПЦР; численность CD4+ лимфоцитов определялась методом проточной цитофлуориметрии с использованием моноклональных антител. Результаты исследования показали, что в 1-й группе пациентов прирост числа лимфоцитов CD4 через 6 и 12 месяцев лечения был более выраженный и составил 170 и 238 мкл<sup>??</sup> соответственно против прироста в 101 и 151 мкл<sup>??</sup> 2 группы ( $p < 0,05$ ). Вирусная нагрузка РНК ВИЧ через 6 и 12 месяцев лечения в обеих группах оказалась сопоставимой и составила < 50 копий/мл. Т.о. обнаружена зависимость иммунологического ответа АРВТ от стартового уровня CD4 лимфоцитов: у пациентов, начавших терапию при исходном количестве лимфоцитов CD4 < 200 мкл<sup>??</sup>, наблюдается менее выраженный иммунологический ответ. Вирусологическая эффективность АРВТ не зависела от начального уровня CD4 лимфоцитов.

## **АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ РОЖЕЙ В РЕСПУБЛИКИ ТАТАРСТАН.**

**Книи К.С.**  
**Казанский государственный медицинский университет**  
**Научный руководитель – д.м.н., доц. Кравченко И.Э.**

Цель: анализ заболеваемости и особенности клинического течения рожей в Республики Татарстан.  
Методы: анализ ежегодных отчетов по инфекционной заболеваемости Республики Татарстан и клинических карт стационарных больных рожей проходившие лечение в ГАУЗ РКИБ.

Получены следующие результаты:

По Республики Татарстан.

В ходе анализа заболеваемости рожей в разрезе районов Республики Татарстан, нами было установлено, что в 2012-2013 годах районами с высокой заболеваемостью стали: Апастовский 258-80 на 100 тысяч населения соответственно, Рыбно-Слободский 88,2-85, Менделеевский 85,6-115, Нижнекамский 83-101, Рыбно-Слободский 88,2-85, Алексеевский 76-157, Бавлинский 36-103, Новошешминский 65-180,5.

По представленным данным в 2013 году заболеваемость рожей не зарегистрирована в районах: Атинский, Верхнеуслонский, Дрожжановский, Заинский, Камско-Устинский, Муслюмовский, Тюлячинский.

При исследовании степени тяжести заболевания было определено, что наибольшее количество больных находятся в состоянии средней степени тяжести (88%).

В результате анализа пациентов среднетяжелой степени тяжести было отмечено, что по локализации поражения преобладает нижняя конечность (75%); по кратности течения первичные (47%) и рецидивирующие (48%); по форме кожных проявлений ведущим является эритематозная форма (54 %).

Выводы:

В разрезе муниципальных образований республики выделяются ряд районов с заболеваемостью с более чем в два раза выше среднего. При этом представлены районы где этот показатель был равен нулю. Это может быть связано с такими факторами как недостаточный уровень диагностики, низкая приверженность к лечению и невысокая обращаемость за медицинской помощью в сельской местности, отсутствие профильных отделений в ряде районов, кадровый дефицит специалистов.

Наиболее подверженными заболеванию рожей в республике оказались лица женского пола. Наиболее частая локализация заболевания наблюдается на нижней конечности. По тяжести течения заболевания доминирует средняя степень тяжести. По форме кожных проявлений лидирующей оказалась эритематозная форма.

## **ЗАВИСИМОСТЬ АКТИВНОСТИ КАТАЛАЗЫ ОТ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ У БОЛЬНЫХ САЛЬМОНЕЛЛЕЗОМ ГАСТРОЭНТЕРИТИЧЕСКОГО ВАРИАНТА**

**Мухутдинова Э.А., Музибуллин А.Н.**  
**Казанский государственный медицинский университет**  
**Научный руководитель – к.м.н., асс. Галеева Н.В.**

Цель: проследить динамику изменения активности антиоксидантного фермента каталазы у больных сальмонеллезом гастроинтестинальной формы, гастроэнтеритического варианта при разной степени тяжести течения заболевания

Под наблюдением находилось 73 пациента с сальмонеллезом гастроэнтеритического варианта течения. Группа здоровых доноров 30 человек.

При поступлении уровень активности каталазы был достоверно выше у пациентов легкого течения заболевания ( $936,25 \pm 32,5 \times 10^3$  мккат/л,  $n=22$ ), по сравнению с пациентами средней тяжести ( $724,98 \pm 16,2 \times 10^3$  мккат/л,  $n=22$ ,  $p < 0,01$ ) и тяжелого течения ( $627,20 \pm 16,3 \times 10^3$  мккат/л,  $n=29$ ,  $p < 0,001$ ). Все показатели активности каталазы достоверно отличались от уровня здоровых ( $1044,3 \pm 8,5 \times 10^3$  мккат/л) лиц – при легком течении заболевания на 10,3% ( $p < 0,05$ ), при средней тяжести на 30,6% ( $p < 0,01$ ), тяжелом на 39,9% ( $p < 0,001$ ).

Таким образом, активность антиоксидантного фермента каталазы зависит от тяжести течения сальмонеллеза гастроинтестинальной формы, гастроэнтеритического варианта. Чем тяжелее протекает инфекция, тем ниже ее активность.

## **ПЕРИНАТАЛЬНАЯ ИММУНОПРОФИЛАКТИКА ГЕПАТИТА «В»**

**Хасанов Р.М.**

**Казанский государственный медицинский университет  
Научный руководитель – к.м.н., асс. Якупова Ф.М.**

Самым тяжелым последствием инфицирования женщины вирусом гепатита В признано перинатальное инфицирование ребенка, которое у 90% инфицированных детей приводит к развитию хронического гепатита В (ХГВ). Риск инфицирования зависит от маркеров HBV у матери, составляет 90% в случае, если мать HBsAg+, HBeAg+, ДНК HBV свыше 108 МЕ/мл, 70-90% - если мать HBsAg+, HBeAg+, ДНК HBV ниже 108 МЕ/мл, 50-70% - если мать HBsAg+ при низком/неопределяемом уровне ДНК HBV.

Цель: изучить исходы иммунопрофилактики HBV-инфекции у 66 новорожденных детей из 76 семейных очагов ХГВ. Методы: дети были разделены на 3 группы в зависимости от наличия маркеров инфекции у матери: 1 группа - рожденные от матерей с ХГВ с высокой репликативной активностью 104-8 МЕ/мл (n=38); 2 группа - рожденные от матерей с низкой (до 103 МЕ/мл) репликативной активностью (n=17). Рожденные от здоровых матерей и имеющие контакт с инфицированными членами семьи (n=11) составили 3 группу. Маркеры HBV определялись через 1 месяц после рождения, до второй вакцинации против гепатита В, и в возрасте 6-12 месяцев.

Результаты: все новорожденные от матерей с низким уровнем ДНК HBV или имевшие тесный контакт с другими инфицированными HBV членами семьи (2, 3 группы) получили вакцинацию против гепатита В по схеме 0-1-6 месяцев, все они здоровы, с высоким защитным титром антител к HBsAg.

В 1 группе у 11 детей полностью отсутствовала иммунопрофилактика, все они инфицированы, наблюдаются с диагнозом ХГВ. Из 14 детей, получивших только вакцинацию, у 9 (64,2%) тоже установлен диагноз ХГВ. Из 13 детей, получивших полную схему активно-пассивной иммунизации с использованием внутривенного иммуноглобулина против гепатита В «Неогепатект» + вакцинация, все дети здоровы.

Выводы: у детей, рожденных от матерей с ХГВ с высокой репликацией вируса активно-пассивная иммунопрофилактика с использованием внутривенного иммуноглобулина против гепатита В «Неогепатект» позволила избежать инфицирования в 100% случаев, тогда как проведение только вакцинации не предупредило их заражения у 64,2% детей, а полное отсутствие иммунопрофилактики привело к инфицированию всех новорожденных детей.

## **КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ HBeAg-ПОЗИТИВНОГО ГЕПАТИТА В**

**Сафин А.Р., Трофимова К.В.**

**Казанский государственный медицинский университет  
Руководитель – к.м.н., доц. Фазульязнова А.И.**

Целью нашего исследования явился анализ клинического течения HBeAg-позитивного гепатита В. Больной Г., 57 лет, при поступлении в Республиканскую клиническую инфекционную больницу (РКИБ) (2013 год) предъявлял жалобы на слабость, повышенную утомляемость, отсутствие аппетита, субфебрильную температуру, желтуху. Из анамнеза известно, что имело место постепенное начало заболевания с артралгий, потемнения мочи, через 2 недели развилась желтуха. В хирургическом отделении БСМП была исключена механическая желтуха, тогда же впервые был выявлен HBsAg.

При обследовании в РКИБ выявлены значительное повышение активности печеночных ферментов (АЛТ до 1965,5 ЕД/л, АСТ до 1032,9 ЕД/л), уровня билирубина (общий – 387,3  $\mu$ моль/л, прямой – 338,7  $\mu$ моль/л),  $\alpha$ -фетопротеина (830 МЕ/л, при повторном исследовании – 328,8 МЕ/л), нарушение синтетической функции печени: диспротеинемия (альбумины – 42%,  $\gamma$ -глобулины – 34,7%, А/Г коэффициент – 0,71), общий белок – 64,2 г/л, ПТИ – 65% (в динамике минимально снижался до 49%).

При исследовании маркеров вирусов гепатита обнаружены HBsAg, HBeAg, aHBc IgM (коэффициент позитивности – 4,9), aHBe IgG, ДНК ВГВ (<255 копий/мл). При ультразвуковом исследовании органов брюшной полости (ОБП): увеличение и диффузного характера изменения эхоструктуры печени, признаки портальной гипертензии (увеличение селезенки, диаметра v. portae, v. lienalis). На фоне патогенетической терапии (проведено койко-дней – 43) состояние больного ухудшалось: нарастала интоксикация, желтуха (общий билирубин «доходил» до 678,2  $\mu$ моль/л), отмечено появление и увеличение асцита. При проведении ФГДС выявлено варикозное расширение вен пищевода III степени. При магнитно-резонансной томографии ОБП получены данные об уменьшении в размерах печени, выраженном асците. На фоне нарастающих печеночно-клеточной недостаточности и отечно-асцитического синдрома появились признаки острой дыхательной недостаточности, и наступила смерть больного. Анализируя данные патологоанатомического исследования можно думать, что причиной летального исхода пациента Г., страдавшего циррозом печени в стадии декомпенсации, явилась печеночно-почечная недостаточность.

## **ДИРОФИЛЯРИОЗ ЧЕЛОВЕКА В АСТРАХАНСКОЙ ОБЛАСТИ**

**Заплетина Н.А., Стулов А.С., Филиппова В.М.**

**Астраханская государственная медицинская академия  
Научный руководитель – к.м.н., асс. Аракельян Р.С.**

Цель исследования. Рассмотреть современную ситуацию по диروفилариозу человека в Астраханской области за 2001 – 2012 гг.

Материалы и методы: За 2001 – 2012 гг. на территории Астраханской области выявлено 43 человека с диروفилариозом, в т.ч. женщины – 74,4% (32 чл.), мужчины – 25,6% (11 чл.).

Результаты исследования. Гельминт локализовался: в области век – 20 сл. (46,5%), в области лба – 6 сл. (14,0%), в области волосистой части головы – 4 сл. (9,4%), в области верхних конечностей – 7 сл. (16,3%). Единичные случаи локализации отмечались в области лица, груди и нижних конечностей – по 2 сл. (4,6%). Во всех случаях больные предъявляли жалобы на боль, жжение, гиперемии и отечность пораженного участка. В 53,5% (23 чл.) – отмечалась миграция паразита под кожей.

Выставлялись диагнозы: «липома» – 13 сл. (30,2%), «диروفилариоз» – 16 сл. (37,2%), «атерома» – 6 сл. (14,0%), «инородное тело» и «новообразование» – по 2 сл. (по 4,7%). В 2,3% выставлялись диагнозы: «аллергический отек», «фурункул», «дракункулез» и «варикозное расширение вен».

Среди заболевших диروفилариозом городских жителей в 2 раза больше, чем жителей сельских районов, в т.ч. г. Астрахань – 69,7% (30 чл.). Максимальная пораженность отмечалась в Камызякском, Икрянинском, Красноярском и Приволжском районах – по 7,0% (по 3 сл.) и 2,3% (1 сл.) случаев в г. Знаменск. Размеры извлеченных гельминтов колебались от 40 до 150 мм. В 19 сл. (44,2%) размер колебался от 100 до 130 мм.

Мы также изучали зараженность собак. Так, за период с 2004 по 2012 гг. было обследовано 2387 служебных собак. Дирофиляриоз верифицировался в 110 случаях, зараженность составила 4,6%.

Заключение. За последние годы отмечается увеличение числа случаев дирофиляриоза среди людей. Увеличение числа социально неблагополучных факторов, отсутствие качества профилактических исследований, как и потепление климата, способствуют повышению риска заражения и увеличению числа случаев местной передачи возбудителя дирофиляриоза. Разработан модифицированный метод диагностики дирофиляриоза у животных, позволивший сократить временные интервалы при постановке диагноза.

## **МНИМЫЕ ПАРАЗИТОЗЫ**

**Заплетина Н.А., Филиппова В.М., Стулов А.С.**  
**Астраханская государственная медицинская академия**  
**Научный руководитель – к.м.н., асс. Аракельян Р.С.**

Цель исследования: Охарактеризовать случаи мнимых паразитозов у пациентов в Астраханской области.

Материалы и методы. За последние годы практически врачам нередко приходится сталкиваться с проблемами мнимых паразитозов, возбудителями которых являются гельминты.

Результаты исследования: Больные с мнимыми паразитозами после каждого посещения туалетов, начинают искать в унитазе таких паразитов, якобы вышедших из них в момент акта дефекации.

Случай 1. В сентябре 2011 г. на кафедру был доставлен материал, извлеченный мужчиной 44 лет из унитаза после акта дефекации. Материал был идентифицирован, как семечки от клубники. Из опроса выяснено, что накануне дефекации, пациент съел несколько килограммов клубники. После обнаружения в кале «непонятных частиц», он извлек их и после тщательной обработки: сырая холодная вода, сырая горячая вода, кипяченая вода, спирт, перекись, снова кипяченая вода, спирт – материал был доставлен в лабораторию.

Большинство больных страдают классическими, «учебными» случаями мнимых паразитозов. Они очень часто пишут письма, которые включают в себя зарисовки паразитов или их образчики. Содержание этих писем, как правило, предсказуемо: «Это микроорганизмы, это маленькие черные пятнышки, которые кусают меня подобно комару и прячутся под кожу...».

Случай 2. 20 декабря 2012 г. на кафедру инфекционных болезней АГМА обратилась больная, 43 лет с жалобами на боль, зуд и жжение в кончиках пальцев рук и ног. Из анамнеза выяснено, что неделю назад дома травила крыс и мышей, в результате чего получила укусы сосальщиком. Вскоре после этого почувствовала боль и шевеление паразита во всем теле. Особенно беспокоила боль в кончиках пальцев на руках и на ногах. На просьбу врача-паразитолога доставить материал в лабораторию для его исследования, ответила, что паразит извлекается, но сохранить его нет возможности, т.к. он очень маленький и его не видно.

До недавнего времени лечение больных с мнимыми паразитозами представляло собой почти неразрешимую проблему. Психотерапия была эффективна лишь в единичных случаях.

Заключение. Поэтому, исходя из всего описанного, следует тщательно выслушать пациента, провести его обследование и постараться убедить в неправильности его суждения и представления о болезни.

## **ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ МАЛЯРИИ В АСТРАХАНСКОЙ ОБЛАСТИ**

**Заплетина Н.А., Филиппова В.М., Стулов А.С.**  
**Астраханская государственная медицинская академия**  
**Научный руководитель – к.м.н., асс. Аракельян Р.С.**

Цель исследования: Охарактеризовать эпидемиологическую ситуацию по малярии в Астраханской области.

Материалы и методы. В Астраханской области за период с 2000 по 2008 гг. зарегистрировано 88 случаев малярии человека, в том числе завозных случаев из стран СНГ – 74 (84,3%), вторичных от завозных – 10 (11,2%) и рецидивов – 4 (4,5%). С 2009 г. Малярия в Астраханской области не регистрируется.

Результаты исследования. Первые статистические данные о заболеваемости малярией в Астраханской области относятся к 1894 г., когда в Астраханской губернии было зарегистрировано 54952 случая малярии.

В половом соотношении: мужчины – 70 сл. (79,6%), женщины – 18 сл. (20,4%).

В 68 сл. (77,3%) у людей регистрировалась завозная малярия, в т.ч. из Азербайджана 36 сл. (52,9%), из Таджикистана – 25 сл. (36,8%), из Армении и Узбекистана – по 2 сл. (по 2,9%) и по 1 сл. (по 1,5%) из Африканских стран – Мавритания, Мозамбик и Экваториальная Гвинея.

Трехдневная малярия регистрировалась в 64 сл. (94,1% от числа всех завозных случаев), в т.ч. у жителей из Азербайджана – 34 сл. (53,1%), у жителей из Таджикистана – 25 сл. (39,1%), у жителей из Армении и Узбекистана – по 2 сл. (по 3,1%) и у 1 студента АГТУ из Мавритании – 1,6%. Четырехдневная малярия была зарегистрирована только в 1 сл. (1,5%), тропическая малярия была зарегистрирована в 3 сл. (4,4%).

На долю городских жителей приходилось – 53 сл. (60,2%), сельских – 30 сл. (34,1%). Так, по районам Астраханской области, наиболее часто малярия регистрировалась в Наримановском районе – 8 сл. (9,1%), Красноярском – 7 сл. (8,0%) и Ахтубинском районах – 6 сл. (6,8%). В единичных случаях случаи малярии регистрировались в Харабалинском и Черноярском районах – по 3 сл. (по 3,4%) и в Камызякском, Лиманском и Приволжском районах – по 1 сл. (по 1,1%). В остальных районах: Володарский, Енотаевский и Икрянинский – малярия не регистрировалась.

Все случаи были завозными либо вторичные от завозных. Случаев с местной передачей малярии в Астраханской области не зарегистрировано.

Заключение. Таким образом, за последние годы ситуация по малярии в Астраханской нормализовалась и остается спокойной, о чем свидетельствует последний зарегистрированный случай в 2008 г.

## **МОДИФИЦИРОВАННЫЙ СПОСОБ ДИАГНОСТИКИ ДИРОФИЛЯРИОЗА У ЖИВОТНЫХ**

**Аракельян А.С.**  
**Астраханская государственная медицинская академия**  
**Научный руководитель – к.м.н., асс. Аракельян Р.С.**

Цель исследования: модифицировать способ диагностики дирофиляриоза у животных.

Материалы и методы. С июля 2011 по июнь 2012 гг. обследована 2131 служебная собака УФСИН. Инвазированных кровепаразитами животных наблюдалось 334, экстенсивность инвазии составила 15,7±0,8%.

Результаты исследования. При взаимодействии водного раствора уксусной кислоты и свежееотобранной венозной крови в  $98,7 \pm 0,9\%$  (148 собак) отмечался положительный эффект, т.е. при микроскопировании тонкого мазка, паразит не изменял своей структуры, не нарушалась его целостность и удавалось провести его видовую идентификацию. Также в мазке крови, при изготовлении тонкого мазка, нам удавалось определить возбудителя заболевания, контуры которого были в неизменном состоянии.

Обследование собак на легочной диروفилариоз, вызванный нематодами *D. immitis* целесообразнее проводить в вечерний период, когда в крови отмечается наибольшее количество личинок паразита (100% пораженность,  $38,36 \pm 0,51$  экз. личинок в 1 п/зр.). А обследование на подкожный диروفилариоз, вызванный нематодами *D. repens* – в ночное время, когда в крови отмечается наибольшее количество личинок паразита (100% пораженность,  $28,75 \pm 0,23$  экз. личинок в 1 п/зр.). При использовании в качестве фиксирующего прокаливание над спиртовкой, а использование метиленового синего по Леффлеру в качестве красителя, позволяет провести все исследование за 2 – 3 часа от момента приготовления препарата до его микроскопии.

Выводы. Преимуществом предлагаемого метода лабораторной диагностики кровепаразитозов у животных с использованием 5% водного раствора уксусной кислоты является минимальное время исследования, равное 127 минутам. Использование прокаливания над спиртовкой в качестве фиксирующего реагента вместо используемых ранее, позволило сократить временные интервалы, затрачиваемые на проведение исследования животных на кровепаразиты. Возможно обнаружение личинок в крови обследуемого животного при низкой степени инвазии, т.е. в том случае, когда клиническая картина заболевания отсутствует, и у животного не наблюдаются симптомы поражения внутренних органов (сердце и легкие).

## **КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЭНТЕРОВИРУСНЫХ МЕНИНГИТОВ У ДЕТЕЙ**

**Фидоренко А. А.**

**Оренбургская государственная медицинская академия**

**Научный руководитель – к.м.н., асс. Денисюк Н. Б.**

Энтеровирусные инфекции (ЭВИ) регистрируются на территории Оренбургской области ежегодно с периодическими подъемами заболеваемости. Значительный удельный вес в структуре энтеровирусных инфекций отводится серозным менингитам. Максимальный подъем заболеваемости ЭВИ регистрируется в летнее время, при этом доля серозных менингитов в структуре ЭВИ составляет до 65%. Цель работы: изучить некоторые клинические особенности и исходы серозных менингитов у детей для выявления наиболее значимых. Под наблюдением находилось 40 детей, пролеченных в инфекционном стационаре г.Оренбурга в 2013 году с диагнозом энтеровирусный менингит. Диагноз был подтвержден обнаружением РНК энтеровирусов методом ПЦР в пробах кала, ликвора. Полученные результаты: основную возрастную группу (80%) составили дети дошкольного возраста. Заболевание протекало в среднетяжелой форме у 31 ребенка (77,5%). В клинической картине энтеровирусных менингитов (чаще у детей до 5 лет), помимо менингеального синдрома у 11 детей отмечался абдоминальный синдром, у 9 больных мигрень, у 12 герпетическая ангина. Длительность лихорадки не превышала 4-6 дней. Головную боль и рвоту в первые 1-2 суток болезни отмечали 34 ребенка, длительность их варьировала от 2-7 суток. Положительные менингеальные симптомы появлялись на 2-3 день болезни в 90% случаев и сохранялись в течение 10-12 суток. Изменения ликвора характеризовались лимфоцитарным плеоцитозом от 38-760 клеток. Контрольная пункция проводилась в динамике на 14-18 дни болезни, санация ликвора несколько отставала от клинического выздоровления. У 6 детей имело место волнообразное течение заболевания с умеренной лихорадкой, интоксикацией и нарастанием менингеальных симптомов, при пункции у этих пациентов отмечена более поздняя санация ликвора. Все дети получали стандартную терапию, которая включала инфузию растворов, мочегонные средства, анальгетики, препараты калия, пираретам, режим. Течение серозного менингита у 22 детей было благополучным, однако у 18 детей в периоде реконвалесценции сохранялась умеренная головная боль и проявления астеновегетативного синдрома. Таким образом, серозные менингиты энтеровирусной природы чаще переносят дети дошкольного возраста, в клинической картине характерен синдром интоксикации, менингеальный, нередко диарея. Сохранение астеновегетативн

## **ГЛАЗНОЙ ДИРОФИЛАРИОЗ**

**Глебова А.А., Золотенкова А.Н., Заплетина Н.А.**

**Астраханская государственная медицинская академия**

**Научный руководитель – к.м.н., асс. Аракельян Р.С.**

Цель исследования. Изучить современную ситуацию по офтальмогельминтозу в Астраханской области.

Материалы и методы. Дирофиляриоз человека регистрируется в Астраханской области с 1951 г. В настоящее время в регионе зарегистрировано 76 случаев дирофиляриоза человека, из них 29 случаев (38,2%) приходится на поражения органов зрения.

Результаты исследования. Первый случай офтальмогельминтоза зарегистрирован в июне 1984 г. у девочки 13 лет, проживавшей в Икрянинском районе Астраханской области. Всего в регионе зарегистрировано 24 случая (82,9%) глазного дирофиляриоза. Единичные случаи регистрировались в Приволжском – 6,9%, Наримановском и Икрянинском районах и г. Знаменске – по 3,4%. Максимальное число случаев заболевания зарегистрировано у лиц в возрасте от 30 до 39 лет – 27,8%. По остальным возрастам гельминтоз регистрировался у лиц от 1 до 14 лет – 6,9%, от 15 до 19 лет – 3,4%, от 20 до 29 лет – 20,6%, от 40 до 49 лет – 17,1% и старше 50 лет – у 24,2%. Гельминт локализовался в области век – 55,2%, в области орбиты – 44,8%. В половом соотношении: мужчины – 6,9%, женщины – 93,1%.

Выставлялись неправильные диагнозы (72,4%), в т.ч.: атерома – 27,8%, новообразование и липома – по 10,3%, аллергический отек и инородное тело – по 6,9%, токсидермия, саркома, фиброматоз – по 3,4%. В 3,4% больной за помощью не обращался – паразит выделился самостоятельно. И только в 24,2% был выставлен правильный диагноз «Дирофиляриоз».

Размеры извлеченных гельминтов колебались от 50 до 170 мм (93,1%). В остальных случаях доставлялись фрагменты гельминта, идентифицированные как самка нематоды *Dirofilaria repens*.

Выводы: Увеличение числа социально неблагоприятных факторов, низкое качество профилактических исследований, потепление климата способствуют повышению риска заражения и увеличению числа случаев местной передачи возбудителя дирофиляриоза. В большинстве случаев при обращении к врачам различного профиля, выставлялись неправильные диагнозы. Сложность раннего выявления связана с трудностью дифференциальной диагностики и низкой осведомленностью врачей об этой разновидности гельминтоза.

## **СОЦИАЛЬНО-КЛИМАТИЧЕСКИХ ФАКТОРЫ, ИГРАЮЩИЕ РОЛЬ В РАСПРОСТРАНЕНИИ МАЛЯРИИ НА ТЕРРИТОРИИ АСТРАХАНСКОЙ ОБЛАСТИ**

**Золотенкова А.Н., Глебова А.А., Заплетина Н.А.**  
**Астраханская государственная медицинская академия**  
**Научный руководитель – к.м.н., асс. Аракельян Р.С.**

Цель исследования: Рассмотреть влияние социально-климатических факторов на распространение малярии.

Материалы и методы. Были проанализированы эпидемиологические карты больных малярией, зарегистрированной в Астраханской области в промежутке между 2000 и 2008 гг.

Результаты исследования: Наиболее «насыщенным» годом являлся 2001 г., когда в Астраханский регион в 28 случаях была завезена трехдневная малярия из Таджикистана, Азербайджана, Узбекистана и Армении, а также тропическая малярия из Экваториальной Гвинеи. Максимальное число больных малярией отмечалось в июле – 21,6% и августе – 20,5%, а также в июне – 14,8%, апреле – 12,5% и в мае – 11,4%. В 2,3% случаев малярия регистрировалась в октябре и в 1,1% – в январе и декабре. По видовому составу в 95,5% случаев регистрировалась трехдневная малярия и только в 3,4% и 1,1% – тропическая и четырехдневная. В 77,3% случаев у людей регистрировалась завозная малярия. Завоз малярии в Астраханскую область происходил, в основном из стран СНГ, а также из стран Африканского континента (Мозамбик, Экваториальная Гвинея и Мавритания). Основной завоз малярии в Астраханскую область осуществлялся вследствие миграционных процессов из Азербайджана и Таджикистана в Российскую Федерацию.

Эпидемиологически неблагополучными по малярии районами г. Астрахани является Ленинский район – наиболее крупный по территории, а также по количеству небольших ериков и мелких водоемов – 65,9% случаев малярии. По Астраханской области эпидемиологически неблагополучными являются Наримановский и Красноярский районы – 26,7% и 30,0% соответственно.

Выводы. Снижению заболеваемости способствуют такие факторы, как изменение климатической ситуации в регионе (более жаркое лето), а также ряд социальных факторов, в т.ч. относительная стабилизация в политической и экономической ситуации в таких республиках, как Азербайджан, Узбекистан, Таджикистан, Армения и др.

## **ПАЗИТАРНЫЕ ПОРАЖЕНИЯ ГЕПАТОБИЛИАРНОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ**

**Заплетина Н.А.**  
**Астраханская государственная медицинская академия**  
**Научный руководитель – к.м.н., асс. Аракельян Р.С.**

Цель исследования: Изучить паразитарную заболеваемость гепатобилиарной системы детей Астраханской области.

Материалы и методы. Проанализированы эпидемиологические карты детей, инвазированных лямблиями, описторхозом и эхинококком.

Полученные результаты: Были проанализированы эпидемиологические карты детей, инвазированных лямблиями. Так, диагноз лямблиозного холецистита и холангиохолецистита у 87 детей в возрасте от 3-х до 14 лет подтвержден: обнаружением цист лямблий в кале (98,8%); определением антител в сыворотке крови методом ИФА (90,8%). Наиболее постоянными симптомами являлись: стойкая обложенность языка – 48%; вздутие живота, метеоризм и урчание в кишечнике по 4%; болезненность живота при пальпации в правом подреберье и выше пупка – 34%; увеличение печени – 6%.

В Астраханской области за последние 10 лет зарегистрировано 69 случаев описторхоза, из них 17 человек (24%) приходится на долю детей до 17 лет. Была установлена длительность инкубационного периода от 2 до 4 недель: 2 недели (37%), 3 недели (34%) и 4 недели (29%). Все обследованные являлись членами семей, чьи родители имели непосредственный контакт с производством рыбы. На момент обращения у детей имелись следующие жалобы: боль в эпигастральной области и правом подреберье – 14%, снижение аппетита – 27%, тошнота – 34%, головная боль – 13%; горечь во рту (жалобы детей старше 10 лет) – 10%; болезненность в точках желчного пузыря – 2%.

При обследовании 10 детей в возрасте от 8 до 15 лет в 100% на момент обращения и госпитализации имелись симптомы: желтуха кожи и склер, зуд кожи, снижение аппетита, вялость, слабость – по 6%, увеличение печени – 70%.

Выводы: Паразитологический диагноз во всех случаях был установлен после лабораторного исследования биологического материала. Все инвазированные дети в качестве противогельминтного лечения получали препарат «Немозол».

## **АМЕБИАЗ ЧЕЛОВЕКА В АСТРАХАНСКОЙ ОБЛАСТИ**

**Горинова Ю.А.**  
**Астраханская государственная медицинская академия**  
**Научный руководитель – к.м.н., асс. Аракельян Р.С.**

Цель работы. Проанализировать ситуацию по амелиазу в Астраханской области за 2011 – 2012 гг.

Материалы и методы. В 2011 – 2012 гг. в Астраханской области у людей зарегистрировано 6826 случаев паразитарных заболеваний, в т.ч. амелиаза 71 сл., что составило 1,04% от общего числа всех зарегистрированных в регионе гельминтозов, в т.ч. в 2011 г. – 44 сл. (62%) и в 2012 г. – 27 сл. (38%).

Результаты исследования. Амелиаз встречался у лиц в возрасте от 18 до 57 лет – 43 сл. (97,7%). У детей зарегистрировано 3 случая амелиаза у детей в возрасте 15 лет – 4,2%. По возрастному контингенту среди взрослых заболевание распределялось следующим образом: 18 лет – 14 сл. (19,7%), 25 лет – 12 сл. (16,9%), 27 лет – 8 сл. (11,3%), 35 лет – 13 сл. (18,3%), 40 лет – 10 сл. (14,1%), 42 года – 5 сл. (7,0%) и 57 лет – 7 сл. (9,9%). Амелиаз на территории Астраханской области был распространен в большинстве случаев в городской черте – 59 сл. (83,1%). В сельских районах заболевание регистрировалось в Красноярском и Наримановском районах – по 3 сл. (по 4,2%). В Володарском и Приволжском районах – по 2 сл. (2,8%). В единичных случаях был выявлен в Икрянинском, Наримановском и Харабалинском районах Астраханской области – по 1 сл. (по 1,4%). В остальных районах заболевание не регистрировалось.

В большинстве случаев – 54 сл. (76,1%) заболевание протекало бессимптомно. В остальных случаях больные предъявляли жалобы на вздутие живота – 6 сл. (8,5%), боль в животе – 3 сл. (4,2%), постоянную боль в правой подвздошной области – 8 сл. (11,3%). В 87,3% (62 сл.) отмечался обильный, кашицеобразный стул до 3-5 раз в сутки с незначительным количеством слизи и крови. Во всех случаях диагноз был подтвержден лабораторным путем.

Вывод. Таким образом, в Астраханском регионе отмечается снижение заболеваемости амелиазом как среди взрослых, так и среди детей.

## **ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ МАЛЯРИИ У ДЕТЕЙ**

**Кузьмичев Б.Ю., Глебова А.А., Золотенкова А.Н.**  
**Астраханская государственная медицинская академия**  
**Научный руководитель – к.м.н., асс. Аракельян Р.С.**

Цель работы: Охарактеризовать ситуацию по малярии у детей в Астраханской области за 2000 – 2008 гг.

Материалы и методы. За период с 2000 по 2008 гг. на территории Астраханской области зарегистрировано 88 случаев малярии человека, в т.ч. на долю лиц в возрасте от 0 до 18 лет пришлось 23,9% (21 сл.). Заболевание регистрировалось у детей от 5 мес. до 17 лет.

Результаты исследования. Наиболее часто малярия регистрировалась у детей в возрасте 15 лет – 19%, 2 и 13 лет – по 14,3%. По 9,5% малярии отмечалось у детей в возрасте 7, 11 и 14 лет. В единичных случаях (по 4,8%) малярия регистрировалась у детей в возрасте 5 мес., 5, 8, 14 и 17 лет. В половом соотношении: мальчики – 76,2%, девочки – 23,8%.

В 81% у детей регистрировалась завозная малярия. Завоз малярии происходил из Таджикистана – 14,3% и Азербайджана – 85,7%.

Малярия регистрировалась у детей, проживающих как в городской, так и в сельской местностях: город – 81%, область – 19%, в т.ч.: Красноярский и Наримановский районы – по 9,5%. В городской черте малярия регистрировалась в 3-х районах: Ленинском – 33,3%, Советском и Кировском – по 23,8%.

Наиболее часто заболевание регистрировалось в теплое время года (март – июль) – по 23,8% и апрель – 19%. Немного реже в августе – 14,3%, мае и июне – по 9,5%. В единичных случаях (4,9%) малярия регистрировалась в сентябре.

Всего за анализируемый период среди всех заболевших были зарегистрированы следующие виды очагов: псевдоочаг – 35,2%, новый потенциальный очаг – 59,1%, активный новый очаг – 5,7%, в т.ч. активный новый очаг 1 степени – 1 сл.

Выводы. Таким образом, на территории Астраханской области среди детей отмечались завозные случаи трехдневной малярии наиболее часто регистрируемые в теплое время года. Более часто случаи малярии регистрировались в городской черте (Ленинский район).

## **ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ ЩУЧЬЕЙ ИКРЫ**

**Скворцова Ю.Н.**  
**Астраханская государственная медицинская академия**  
**Научный руководитель – к.м.н., асс. Аракельян Р.С.**

Цель исследования. Изучить заболеваемость человека дифиллоботриозом на примере заражения щучьей икры

Материалы и методы. Проведя статистическую работу, было установлено, что за период с 2011-2013 гг. было зарегистрировано 4309 пациентов с дифиллоботриозом, из них: городское население – 3639 чл. (84,5%), сельское – 670 чл. (15,5%).

Полученные результаты. По возрастам зараженность распределялась следующим образом: дети в возрасте от 1 года до 17 лет – 502 чл. (11,7%), в т.ч. городских жителей – 439 чл. (87,5%), сельских – 63 чл. (12,5%); взрослые – старше 17 лет – 3807 чл. (88,3%). Наиболее часто дифиллоботриоз регистрировался в г. Астрахани – 387 чл. (8,9%), а также в сельских районах Астраханской области – 3922 сл. (91,1%): Камызякский – 175 чл. (4,6%), Ахтубинский – 91 чл. (2,3%), Красноярский – 87 чл. (2,2%), Черныярский – 85 чл. (2,2%) и Наримановский – 70 чл. (1,8%).

Икра щуки, приготовленная без предварительной обработки кипятком, слабого посола, сохраняет в себе личинки в живой стадии, что приводит к заражению при ее употреблении. Для гарантированного уничтожения личинок широкого лентеца необходимо соблюдать следующие рекомендации. Фарш, котлеты, а также мелкую рыбу и нарезанные куски крупной рыбы необходимо жарить не менее 15–20 мин., а крупную рыбу большими кусками – не менее 30–40 мин. При посоле рыба обезвреживается через 2–7 дней, в икре щуки личинки гельминтов погибают при 10% посоле (к весу икры) через 30 мин., При 5% - через 6 часов, при 3% посоле – только через 2 суток.

При замораживании рыбы при температуре -18°C гибель личинок происходит на 2–4 день, а при температуре -6° С через 6–7 суток.

Выводы: Необходимо объединить усилия ветеринарной и медицинской служб в государственном масштабе для проведения мероприятий, направленных на активное предупреждение новых условий, благоприятствующих передаче инвазии. К таким мероприятиям относятся: ветеринарно-санитарное контролирование рыбных рынков, санитарная обработка сточных вод, лечение животных и людей, усиление ветеринарно-санитарного контроля над реализацией речной рыбы и качественным проведением её экспертизы.

## **ТОКСОКАРОЗ ЧЕЛОВЕКА В АСТРАХАНСКОЙ ОБЛАСТИ**

**Лебедева Д.А., Алимирзоева Р.М.**  
**Астраханская государственная медицинская академия**  
**Научный руководитель – к.м.н., асс. Аракельян Р.С.**

Цель исследования: Охарактеризовать ситуацию по токсокарозу человека в Астраханской области.

Материалы и методы. За период с 2012 по 2013 гг. на территории Астраханской области зарегистрировано 62594 случая паразитарной инвазии у человека. На долю инвазии токсокарами у человека приходится 29 случаев (0,05%).

Результаты исследования: Анализ исследований проб почвы на территориях детских учреждений по Астраханской области за период 2000 – 2011 гг. показал, что в г. Астрахани обсемененность яйцами токсокар составила 27%, в сельских районах – 56%.

Заболевание регистрировалось как в городской, так и в сельской местности. Так, в г. Астрахани зарегистрирован 21 случай заболевания (72,4%). По сельским районам Астраханской области токсокароз регистрировался в 6 из 11 районов: в Наримановском и Красноярском районах – по 2 сл. (по 25%), в Лиманском, Приволжском, Камызякском и Ахтубинском районах – по 1 сл. (по 12,5%).

Гельминтоз регистрировался у лиц в возрасте от 1 до 60 лет. Так, у детей в возрасте от 1 до 17 лет токсокароз регистрировался в 13 сл. (44,8%), в т.ч. у детей в возрасте 1 год – 2 сл. (15,4%), 3 года – 3 сл. (23,1%), 7 лет – 6 сл. (46,2%), 13 и 17 лет – по 1 сл. (по 7,7%). У 16 человек (55,2%) токсокароз регистрировался в возрасте от 18 до 60 лет: 18, 24 и 27 лет – по 1 сл. (по 6,3%), 35 лет – 5 сл. (31,3%), 42 года – 2 сл. (12,5%), 47 и 60 лет – по 3 сл. (по 18,8%).

В 14 сл. (48,3%) – у пациентов наблюдалась аллергическая реакция в виде уртикарных высыпаний на коже.

Наиболее эффективным, чувствительным и специфичным методом определения про-титовоксокарозных IgG-антител является иммуноферментный анализ с применением экскре-торно-секреторного антигена *T. canis*. В 100% случаях клинический диагноз был установлен после серологического обследования методом иммуноферментного анализа. Титр антител со-ставил 1:800 и выше.

Вывод. Таким образом, проблема токсокароза человека в Астраханской области оста-ется весьма актуальной не только в плане эпидемиологической, но и лечебной работы.

### **СИТУАЦИЯ ПО ВИЧ-ИНФЕКЦИИ В АСТРАХАНСКОЙ ОБЛАСТИ**

**Сапахова Е.Х., Буткеева А.А.**  
**Астраханская государственная медицинская академия**  
**Научный руководитель – к.м.н., асс. Аракельян Р.С.**

Цель исследования. Охарактеризовать современную ситуацию по ВИЧ-инфекции в Астраханской области.

Материалы и методы. За период с января 1987 г. по 31 июля 2012 г. учтено 1097 случаев ВИЧ-инфекции. В течение последних 6 лет, начиная с 2006 года, отмечался ежегодный прирост новых случаев ВИЧ-инфекции, лишь в 2010 году отмечена стабилизация эпидемиологической ситуации.

Результаты исследования. Случаи ВИЧ-инфекции регистрировались на всех административных территориях области и на 31.12.2011 показатель пораженности ВИЧ-инфекцией в области составил 46,8 на 100 тыс. населения. Выше среднеобластных показатели пораженности отмечаются в Камызякском районе - 89,2, Ахтубинском - 77,2, Икрянинском - 55,4, Харабалинском - 48,7, г. Астрахани - 48,2 (Кировский - 56,4, Ленинский - 51,7 районы).

За 2011г. выявлено 99 новых случаев ВИЧ-инфекции. Показатель заболеваемости составляет 8,6 на 100 тыс. населения, что в 1,8 раз больше показателя прошлого года (4,9). За 7 месяцев 2012 года – 46 случаев ВИЧ-инфекции.

Основной причиной заражения ВИЧ-инфекцией в Астраханской области остается половой путь передачи, гетеросексуальные контакты, как основной путь заражения составили в 2011г. – 57,5%. Возросла доля ВИЧ - позитивных лиц, заражение которых вероятно связано с половыми контактами между мужчинами, в 2011 году их доля составила 3,4%, в 2006 году - 1,03%.

В 2011 году обследованы 11739 иностранных граждан, среди них выявлено 70 лиц с инфекционными заболеваниями, представляющими опасность для окружающих, в том числе ВИЧ-инфицированных - 19 человек. Показатель выявляемости ВИЧ у иностранных граждан в Астраханской области составляет 161,9 на 100 тысяч обследованных. За 7 месяцев 2012 года в Астраханской области прошли медицинское освидетельствование 8066 иностранных граждан. У 32-х иностранных граждан выявлены инфекционные заболевания, представляющие опасность для окружающих, в т.ч. ВИЧ-инфекция – 12 случаев.

Вывод. Таким образом, начиная с 2010 г. наметилась эпидемиологическая стабилизация ВИЧ-инфицированных лиц на территории Астраханской области.

### **ХАРАКТЕРИСТИКА ЭПИДЕМИЧЕСКИХ ОЧАГОВ ПРИ МАЛЯРИИ**

**Филиппова В.М., Заплетина Н.А., Стулов А.С.**  
**Астраханская государственная медицинская академия**  
**Научный руководитель – к.м.н., асс. Аракельян Р.С.**

Цель исследования: Охарактеризовать эпидемиологическую ситуацию по малярии среди детей Астраханской области.

Материалы и методы. В Астраханской области за период с 2000 по 2008 гг. зарегистрированы следующие виды очагов: псевдоочаг – 31 сл. (35,2%), новый потенциальный очаг – 53 сл. (60,2%), активный новый очаг – 4 сл. (4,5%), в т.ч. активный новый очаг 1 степени и – 1 сл. (1,1%).

Результаты исследования: С точки зрения эпидемического процесса при малярии, эпидемический очаг или очаг малярии – есть совокупность популяции малярийного паразита и поддерживающих его существование человеческой популяции и популяций комаров.

Псевдоочаги были зарегистрированы непосредственно в городской черте – 22 (71,0%) и в сельской местности – 8 (25,8%). 1 псевдоочаг (3,2%) пришелся на железнодорожный состав «Баку-Москва». Потенциальные очаги регистрировались в городской – 32 сл. (60,4%) и в сельской местности – 20 сл. (37,7%). Также 1 случай (1,9%) потенциального очага был зарегистрирован в железнодорожном составе «Душанбе-Москва». Активный новый очаг был зарегистрирован в сельской местности – Красноярский район – 2 очага, Ахтубинский, Красноярский и Наримановский районы – по 1 очагу.

Географически очаги малярии распределялись таким образом: г. Астрахань – 61 очаг (69,3%), в т.ч. Ленинский район – 23 очага (37,7%), Кировский район – 18 очагов (29,5%), Советский район – 17 очагов (27,9%) и Трусовский район – 1 очаг (1,6%), а также проездом через Астрахань – 2 очага (3,3%); Астраханская область – 27 очагов (30,7%), в т.ч. Наримановский район – 8 очагов (29,7%), Красноярский район – 7 очагов (25,9%), Ахтубинский район – 5 очагов (18,5%), Харабалинский район – 4 очага (14,8%), Черноярский район – 2 очага (7,4%), Лиманский и Камызякский районы – по 1 очагу (по 3,7%).

Вывод. Таким образом, на территории Астраханской области в течение всего сезона передачи эффективной заражаемости комаров (май – сентябрь) за последние 10 лет отмечались завозные случаи малярии. Максимальное число зарегистрированных случаев завозной малярии было отмечено в 2001 г. – 22 сл.

### **ИСТОРИЯ И СОВРЕМЕННОСТЬ КАФЕДРЫ ДЕТСКИХ ИНФЕКЦИЙ КГМУ**

**Гилязова Д.М.**  
**Казанский государственный медицинский университет**  
**Научный руководитель – к.м.н., асс. Назарова О. А.**

Открытие Инфекционной больницы для детей в г.Казани в 1899 году стало началом преподавания детских инфекционных болезней в Казанском университете. С 1918 года под руководством главного врача больницы А.Ф.Агафонова, работавшего одновременно ассистентом клиники детских болезней медицинского факультета Казанского университета, преподавание стало систематическим. С момента создания педиатрического факультета КГМУ кафедра получила свое окончательное оформление. Первым ее организатором стал профессор Агафонов А.Ф. (1932-46 гг.), одновременно заведовавший и кафедрой инфекционных болезней ГИДУВа. Этот удачный симбиоз поддерживался тем, что выпускники становились преподавателями кафедры, получали колоссальный опыт работы с разнообразной инфекционной патологией на базе сразу двух институтов. Научный интерес А.Ф.Агафонова был посвящен изучению дифтерии, скарлатины, кори, сыпного и брюшного тифов. Под его руководством было подготовлено 3 доктора и 6 кандидатов наук.

В 1946-1954 г. кафедрой заведовал Е.Н.Ковалев, работавший над проблемой сывороточной болезни. На смену ему пришла Н.П. Кудрявцева с 1955 по 1980 г. Результатом комплексной работы тех лет стала ликвидация дифтерии как массового заболевания к 1963 г. С 1980 по 1986 г заведовал кафедрой А.Д. Цареголовцев. С его именем связана организация реанимационного отделения. С 1986 по 1987 гг. кафедрой заведовала С.Х. Хабибуллина. С августа 1987 г. по настоящее время кафедрой заведует В.А. Анохин. Под его руководством научные и клинические исследования были расширены в сферу проблем ВИЧ-инфекции, бактериальных кишечных инфекций, дисбактериоза, дифтерии, вирусных гепатитов у детей. С помощью сотрудников кафедры были ликвидированы все вспышки и эпидемии инфекционных заболеваний у детей в городе и республике в течение последних 70 лет.

Практически во всех инфекционных больницах и поликлиниках республики работают выпускники кафедры. На сегодняшний день сотрудники кафедры видят своей главной задачей воспитание врачей-инфекционистов, способных оказать квалифицированную помощь всем нуждающимся.

## **КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ АНГИН**

**Луговская Ю.В.**

**Национальная медицинская академия последипломного образования им. Щупика**

**Научный руководитель – д.м.н., проф. Чемич Н.Д.**

Актуальность. Ангина является чрезвычайно распространенным заболеванием. По частоте возникновения занимают второе место после гриппа и составляют 3-7 % всех инфекционных заболеваний. Перенесенная ангина может быть пусковым механизмом возникновения метатонзиллярных заболеваний, таких как ревматизм, полиартрит, гломерулонефрит.

Цель работы: исследовать клинико-эпидемиологические особенности течения ангины. Материалы и методы. Было обследовано 160 больных, которые были госпитализированы в Сумскую областную инфекционную клиническую больницу имени З. И. Красовицкого в 2012-2013 годы. Среди обследованных преобладали лица женского пола - 61,3 % (98 человек), мужчин было 38,7 % (62). Средний возраст больных составил (28,2 ± 0,36) года. Пациенты госпитализированы на (2,0 ± 0,04) сутки от начала заболевания. С эпидемиологией известно, что 70 % (112) связывают свое заболевание с переохлаждением, 30 % (48) указывают на контакт с инфицированным человеком. В 89,4 % (143) установлен диагноз первичной лакунарной ангины, 8,2 % (13) - повторной; 1,2 % (2) - первичной фолликулярной ангины; 1,2 % (2) - ангина Венсана. Из осложнений преимущественно регистрировали: паратонзиллит (65%, 26 человек); паратонзиллярный абсцесс (30,0%, 12), острый пиелонефрит, отит, гайморит редко (6,0%, 3). У всех больных при госпитализации наблюдался: боль в горле, повышение температуры тела до (37,8 ± 0,02) °C, гиперемия зева, налеты, увеличение подчелюстных лимфатических узлов. Больные получали этиотропную терапию (цефтриаксон-39, 3%, емсеф-23, 1%, цефаксон-37,5%), дисенсибилизирующие средства (ролиноз -50%, лоратадин - 50%), средства местного антисептического действия (фарингосепт-36, 2%, граммидин-28, 8%, лисобакт-35%, гипохлорит натрия - 100%). Основные клинические симптомы исчезали на (2,7 ± 0,1) день от начала лечения.

Вывод. Среди госпитализированных преобладают молодые люди с диагнозом первичная лакунарная ангина и типичными клиническими симптомами. Антибактериальными препаратами выбора являются цефалоспорины. Фактором риска является переохлаждение. Из осложнений - паратонзиллит, паратонзиллярный абсцесс.

## **ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ОСТРЫХ КИШЕЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ БАКТЕРИАЛЬНОЙ И ВИРУСНОЙ ЭТИОЛОГИИ**

**Чемич О.Н.**

**Тернопольский государственный медицинский университет имени И.Я. Горбачевского**

**Научный руководитель – к.м.н., доц. Ильина Н.И.**

Цель. Изучить клинические особенности острых кишечных инфекций, вызванных условно патогенными микроорганизмами и вирусами.

Материалы и методы. Обследовано 39 больных со среднетяжелым течением пищевых токсикоинфекций (56,4%) и острых кишечных инфекций (43,6%), в возрасте (37,36±2,68) года. Преобладали женщины (56,4%). Среди клинических форм преобладала гастроэнтеритическая (48,7%) и энтероколитическая (25,6%).

Проведены общеклинические и бактериологические исследования. Рассчитаны индексы интоксикации: лейкоцитарный (ЛИИ), гематологический показатель (ГПИ), индекс сдвига лейкоцитов (ИСЛК), лимфоцитарный (Илимф).

Результаты. Условно патогенные микроорганизмы, вызвавшие заболевания были изолированы как в монокультуре (Kl. pneumoniae - 25,6%, Psevd. aeruginosae - 15,4%, Enter. cloacea - 7,7%, ЭПКП O75 - 7,7%, Citr. freundii - 2,6%, S. aureus - 2,6%, Candida - 2,6%), так и в сочетании (12,8%). Норовирус выделен у 1 пациента, у 3 он обнаружен с условно патогенными микроорганизмами.

При госпитализации из жалоб преобладали: понос (100%), тошнота (66,7%), рвота (59,0%), боль в животе (100%). У всех на догоспитальном этапе - повышение температуры до (38,21±0,13) °C, понос до (7,72±0,87) раз/сут.

При осмотре: тахикардия - (88,08±2,12) уд/мин и повышение температуры тела до (37,55±0,12) °C (у 100% больных); боль в животе при пальпации (у 89,7%), обезвоживание (у 79,5%), увеличение печени (у 28,2%) на (1,77±0,30) см, гиперемия ротоглотки (у 10,3%), тонзиллит (у 5,1%), спазм сигмовидной кишки (у 2,6%). Происходило увеличение: ЛИИ - (3,54±0,5), ГПИ - (4,84±0,8), ИСЛК - (4,11±0,42). Илимф наоборот уменьшался - (0,264±0,031). В период ранней реконвалесценции происходило значительное снижение этих показателей (ЛИИ - (1,37±0,48), ГПИ - (2,22±0,87), ИСКЛ - (2,23±0,38), а Илимф нормализовался - (0,473±0,081).

Вывод. Острые кишечные инфекции вызываются условно патогенными микроорганизмами, в единичных случаях в комбинации с норовирусами. Преобладают гастроэнтеритическая и энтероколитическая форма средней тяжести с выраженным интоксикационным синдромом.

## **ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ШИГЕЛЛЕЗА У ДЕТЕЙ С СОПУТСТВУЮЩЕЙ ПАТОЛОГИЕЙ**

**Валиуллина А.Н., Хасанова Э.А.**

**Казанский государственный медицинский университет**

**Научный руководитель – к.м.н., доц. Хаертынов Х.С.**

Цель работы – изучение особенностей течения шигеллеза среди детей с сопутствующей патологией.

Материалы и методы: Проанализировано 27 историй болезни детей-инвалидов воспитанников Дербышинского детского дома-интерната для умственно отсталых детей с диагнозом «Шигеллез». Из них детей в возрасте 1-5 лет было



3(11%), 6-10 лет – 6(22%), 11-15 лет – 18(67%). Количество девочек и мальчиков было примерно одинаковым – 13(48%) и 14(52%) соответственно. Сопутствующая неврологическая патология у детей была представлена в виде детского церебрального паралича (ДЦП) – у 27 детей (100%), эпилепсии у 6(22%), синдрома Дауна у 3(11%) детей. У 25 детей (93%) имела место кахексия, у 11 (41%) – задержка умственного развития, у 6 (22%) – поражения глаз, у 6 (22%) – заболевания кожи (ихтиоз, дерматит), у 5 (18,5%) – анемия и у 1 (2,7%) – косолапость. Всем больным были проведены бактериологическое, серологическое исследования и ПЦР-диагностика.

Результаты: Данные бактериологического исследования оказались положительными в 12 случаях (44%), ПЦР-диагностики у 25 детей (93%), серологического исследования (РНГА) в 4 случаях (15%). При типировании возбудителя, у 12(44%) больных был выделен штамм *Sh.flexneri* 2a. В большинстве проанализированных нами случаев (80%) шигеллез протекал в легкой форме, в 20% - в среднетяжелой форме. Однако, состояние больных во всех случаях было тяжелым, за счет сопутствующей патологии – неврологической симптоматики (ДЦП), а также дефицита массы тела в виде кахексии.

Всем больным проводилось комплексное лечение, которое включало антибактериальную терапию, регидратацию. В 14 случаях (52%) осуществлялось введение внутривенного иммуноглобулина. 23 детям (89%) назначался дизентерийный бактериофаг. Проведенный курс антибиотико- и фаготерапии позволил добиться санации от шигелл в 100% случаев.

Продолжительность госпитализации в среднем составила 10,6 койко-дней. 25 детей (93%) было выписано с выздоровлением, 2 детей (7%) были переведены в ДРКБ.

Заключение: Шигеллез в большинстве случаев протекал в легкой и среднетяжелой формах. Тяжесть состояния больных определялась сопутствующей патологией, среди которых основными были неврологическая патология (ДЦП), а также дефицит массы тела в виде кахексии.

## **ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ МЕНИНГИТОВ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА**

**Габдуллина Г.И.**

**Казанский государственный медицинский университет**

**Научный руководитель – к.м.н., доц. Хаертынов Х.С.**

Цель исследования – изучение особенностей течения менингита у детей раннего возраста.

Материал и методы. Было проанализировано 30 историй болезни больных менингитом детей в возрасте от 1 мес. до 3 лет. Дети от 1-го до 6 месяцев составили 43 % случаев, от 6 месяцев – до 1-го года – 14%, от 1-го до 3-х лет – 43%. Менингит чаще развивался у девочек (60%), чем у мальчиков (40%). Наибольшее количество случаев заболевания менингитом было зарегистрировано в летние месяцы (43%). Диагноз «менингит» ставился на основании наличия менингеального синдрома, а также результатов люмбальной пункции.

Результаты. Было установлено, что менингеальные знаки регистрировались только в 50% случаев, преимущественно у детей в возрастной группе от 1-го – до 3 лет. У детей первых месяцев жизни во всех случаях менингеальные знаки были отрицательными, что затрудняло диагностику менингита. У всех детей отмечались вялость, беспокойство, монотонный крик, постанывание. У 10 % больных отмечались судороги клонико-тонического характера. Гнойный характер воспаления менингита выявлен у 60% детей, в остальных случаях был диагностирован серозный менингит. Основными этиологическими причинами гнойного менингита были: гемофильная палочка, пневмококки и стрептококки группы В, реже выделялись менингококки. Исследование выраженности воспалительного процесса в крови выявило развитие лейкоцитоза у 18 детей (60%), ускорение СОЭ – в 12 случаях (40%), повышение уровня С-реактивного белка у 22 больных (73%), повышение уровня прокальцитонина в 10 случаях (33%). Повышение уровня С-реактивного белка и прокальцитонина имело место во всех случаях бактериальной природы менингита. Продолжительность госпитализации составила: 1 неделю – в 8 случаях (27%); 2 недели – у 5 больных (17%); 1 месяц – в 13 случаях (43%); 2 месяца – у 4 больных (13%). Наиболее продолжительные сроки госпитализации отмечались при бактериальных менингитах, обусловленных стрептококками группы В.

Заключение. Основными этиологическими причинами менингитов у детей раннего возраста являются бактерии. Менингит у детей первых месяцев жизни протекает при отсутствии классических менингеальных знаков.

## **ОЦЕНКА ТЕРАПИИ БРОНХООБСТРУКТИВНОГО СИНДРОМА У ДЕТЕЙ**

**Панькив А.Н.**

**Казанский государственный медицинский университет**

**Научный руководитель – к.м.н., доц. Хаертынов Х.С.**

Актуальность. В последние 10-15 лет стал широко использоваться метод ингаляционного введения бронхолитических препаратов через небулайзер, что позволило быстрее купировать бронхообструктивный синдром (БОС) и сократить сроки госпитализации.

Цель работы. Оценить эффективность современной терапии БОС у детей.

Материал и методы исследования. Был проведен анализ 80 историй болезни детей в возрасте от 2-х месяцев до 4 лет, находившихся на стационарном лечении в детской клинической инфекционной больнице (г.Казань) с диагнозом «Острая респираторная вирусная инфекция, обструктивный бронхит». Оценивалась средняя продолжительность госпитализации, наличие аллергии в анамнезе или её кожных проявлений при госпитализации, уровень эозинофилов в общем анализе крови, наличие или отсутствие осложнений, а также продолжительность бронхолитической терапии.

Полученные результаты. Большинство госпитализированных пациентов составили дети в возрасте первого года жизни (40%), детей от 1 до 2 лет было 34%, от 2-х до 4-х лет – 28%. В 35% случаев имел место отягощенный аллергический анамнез, в структуре которого преобладала пищевая аллергия, не сопровождающаяся эозинофилией. Средняя продолжительность госпитализации составила 7 дней. В 10% случаев (дети с пищевой аллергией) продолжительность бронхообструкции достигала 2-х недель.

Для купирования БОС всем детям назначался бронхолитический препарат-беродуал. В 45 % случаев использовался ингаляционный кортикостероид пульмикорт. В 10 % случаев проводилась инфузионная терапия. Сокращению продолжительности БОС способствовало также назначение гипоаллергенной диеты.

Заключение. Применение ингаляционной терапии через небулайзер в сочетании с гипоаллергенной диетой при лечении БОС обеспечило быстрое купирование признаков дыхательной недостаточности, а также сокращение сроков госпитализации.

## **ХРОНИЧЕСКИЕ ГЕРПЕСВИРУСНЫЕ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ, АССОЦИИРОВАННЫЕ СИНДРОМЫ**

**Файзрахманова Ч.Ф.**

**Казанский государственный медицинский университет  
Научный руководитель – к.м.н., доц. Фаткуллина Г.Р.**

Герпесвирусные инфекции входят в число наиболее распространенных и плохо контролируемых инфекций человека. Особенностью инфекции является возможность вовлечения в процесс многих органов и систем, чем и обусловлено многообразие вызываемых заболеваний. Статус распространенного хронического заболевания делает принципиально важным учет клинико-лабораторных симптомов, ассоциирующихся с эффектом проводимого лечения и общим прогнозом заболевания.

Цель исследования: оценить клинико-лабораторные особенности анемии у пациентов с герпесвирусными инфекциями.

Материалы и методы: под наблюдением находилось 154 пациента с различными нозологическими формами герпесвирусных инфекций: ЦМВИ - 35 человек, ВГЧ 6 типа - 64 пациента, ЭБВИ – 25, микст – 30 от 1,5 до 17 лет включительно. Верификация диагноза производилась методами ИФА - определение специфических антител к ЦМВ, ЭБВ, ВГЧ 6 типа и методом ПЦР – ДНК ВГЧ 6, ЭБВ и ЦМВ в сыворотке крови, ДНК ВГЧ 6 в слюне. Факт наличия анемии определяли в соответствии с критериями ВОЗ. Для определения характера анемии оценивали показатели феррокинетики: средний объем эритроцитов, среднее содержание гемоглобина в эритроцитах, СЖ, ОЖСС, уровень трансферрина, ферритина, коэффициент насыщения трансферрина железом.

Анемия – заболевание со снижением уровня гемоглобина крови. Самая частая анемия – железодефицитная. Вторая по частоте – анемия хронических заболеваний. Описывается также как анемия воспаления, цитокинмедиаторная анемия. Пациенты получали комплексную терапию, прежде всего терапию основного заболевания.

Выводы: самым частым видом анемии у детей на фоне герпесвирусных инфекций является анемия хронических заболеваний. Дифференциальная диагностика типа анемии требует комплексной оценки показателей феррокинетики. Терапия анемии хронических заболеваний должна строиться, прежде всего, по принципу терапии основного заболевания, что приводит к ускорению выздоровления, уменьшению побочных эффектов необоснованно применяемых лекарственных препаратов и сокращению экономических затрат.

## **ГЕРПЕСВИРУСНАЯ ИНФЕКЦИЯ У ДЕТЕЙ И СИНДРОМ ХРОНИЧЕСКОЙ УСТАЛОСТИ**

**Умаров Н.А., Мутиева А.В.**

**Казанский государственный медицинский университет  
Научный руководитель – к.м.н., доц. Фаткуллина Г.Р.**

Актуальность проблемы заключается в участии герпесвирусной инфекции в развитии синдрома хронической усталости, и определяется необходимостью в определении критериев диагностики и лечения.

Цель исследования: определить критерии диагностики и эффективность терапии больных с СХУ на фоне герпесвирусных инфекций.

Материалы и методы: под наблюдением находилось 200 пациентов с различными нозологическими формами герпесвирусных инфекций: ЭБВИ – 34, ЦМВИ - 42 человек, ВГЧ 6 инфекция - 78 пациента, микст – 46. Верификация диагноза производилась методами ИФА: определение специфических антител к ЦМВ, ЭБВ, ВГЧ 6 типа и методом ПЦР – ДНК ВГЧ 6, ЭБВ и ЦМВ в сыворотке крови, в слюне, в мазках из ротоглотки в момент обращения и в динамике. Для оценки функционального состояния сердца использовались: ЭКГ, холтер-мониторирование, определение АСТ, КФК. Производилась комплексная оценка состояния пациентов по шкале энергетического индекса.

Под нашим наблюдением находился пациент А., 17 лет с жалобами на постоянную усталость, в т.ч. после ночного сна, длительный субфебрилитет, лимфаденопатию, время активной деятельности в течение суток составляло лишь 4-6 часов. При обследовании обнаружена ДНК ВГЧ 6 в крови и слюне на фоне циркуляции специфических Ig G, отрицательные тесты на коинфекции, нестабильный зубец Т, 17 эпизодов тахикардии при холтер-мониторировании. Через 3 месяца специфической терапии валацикловиром, препаратами интерферона, изопринозином время активной деятельности в течение недели составило 39 часов, количество эпизодов тахикардии уменьшилось до 3, исчезла ДНК ВГЧ 6 из крови, оставаясь в слюне. Через 7 месяцев исчезла ДНК вируса из слюны, вернулся к учебе, через год – к легким тренировкам, через 1.5 года – к обычному образу жизни.

## **ГЕРПЕСВИРУСНАЯ ИНФЕКЦИЯ У ДЕТЕЙ: КЛИНИЧЕСКИЕ ФОРМЫ, КРИТЕРИИ ДИАГНОСТИКИ**

**Пиржанова Е.Н., Загирова И.Ф.**

**Казанский государственный медицинский университет  
Научный руководитель – к.м.н., доц. Фаткуллина Г.Р.**

Актуальность герпетических инфекций обусловлена широким распространением, разнообразием клинических форм, сложностью диагностики. Инфекция, обусловленная HHV-6 является этиологической причиной «внезапной экзантемы», острой лихорадки, рассеянного склероза, медианно-височной эпилепсии, status epilepticus, СХУ.

Цель исследования: определить распространенность и клинические формы герпесвирусной инфекции у детей различных возрастов, обратившихся в КДК РКИБ.

Материал и методы: динамическая оценка изучаемых параметров детей, проходивших лечение на базе КДК РКИБ г. Казани, анализ лабораторных данных, историй болезни, медицинской литературы.

Результаты: нами установлено, что симптоматика, ассоциированная с поражением НС, на фоне герпесвирусных инфекций отмечалась у 33% обследованных, синдрома гиперчувствительности у 26%, АХЗ у 23.4%, ГФС у 1.5%, ЯК у 0.5%, стойкий дисбиоз ЖКТ у 83.7%, СХУ у 2.5%. Приводим клинический случай больного 2010 года рождения, обратившегося в КДК РКИБ в возрасте 1года 8 месяцев по поводу частых заболеваний верхних дыхательных путей в форме мононуклеозоподобного синдрома, сопровождающихся подъемом температуры тела до 40°C с 12ти дневного возраста. Из анамнеза: с 2х месячного возраста принимает конвулкс по поводу кратковременных потерь сознания (ЭЭГ ГМ - выявлена эпилептичность в височных долях). В результате обследования в крови выявлена ДНК HHV-6 методом ПЦР 2хкратно с интервалом в 1 месяц. В периферической крови анемия, лейкоцитоз, тромбоцитоз, ускоренное СОЭ, моноцитоз. В кале цисты лямблий 8-10 в поле зрения. Получала лечение: ацикловир, генферон, проводилась коррекция дисбиотических нарушений и санация от лямблий. После лечения через 2 месяца ДНК ВГЧ-6 типа в крови не обнаружена, но сероконверсия произошла только через 7 месяцев от

начала противовирусной терапии (IgG к HHV-6). Заключение невролога: симптоматическая височная эпилепсия. Через 11 месяцев от начала противовирусной терапии на ЭЭГ эпилептичность не зарегистрирована, антиконвульсанты отменены. В дальнейшем эпизодов тяжелых сопутствующих заболеваний и эпилептических приступов зарегистрировано не было.

#### **КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ ПАРАЛЛЕЛИ ИНФЕКЦИИ, ОБУСЛОВЛЕННОЙ ВИРУСОМ ГЕРПЕСА ЧЕЛОВЕКА 6 ТИПА У ДЕТЕЙ**

**Халиуллина Д.Ф.**

**Казанский государственный медицинский университет  
Научный руководитель – к.м.н., доц. Фаткуллина Г.Р.**

Актуальной проблемой современной педиатрии является инфекция, вызванная вирусом герпеса типа 6. Это связано с ее широкой распространенностью, частой манифестацией в грудном и раннем возрасте, тяжестью осложнений и отсутствием стандартов терапии.

После перенесенной первичной инфекции, которая может протекать как с явными клиническими проявлениями, так и бессимптомно, ВГЧ 6 впадает в латентное состояние. Его реактивация возможна на фоне интеркуррентных заболеваний, при снижении иммунитета.

Целью нашего исследования является: определить динамику клинко- лабораторных параметров у детей на фоне инфекции, обусловленной ВГЧ 6 типа

Материалы и методы: под наблюдением находились 147 детей с ВГЧ 6- инфекцией.

Верификация диагноза проводилась методами ПЦР: определялась ДНК вируса в крови и слюне, методом ИФА- специфические IgG, общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимическое исследование крови, показатели феррокинетики, исследование микробиоценоза ЖКТ, УЗИ органов брюшной полости, лимфатических узлов шеи, определение общего Ig E, иммунного статуса в динамике.

Полученные результаты и выводы: инфекция, обусловленная ВГЧ 6 типа у детей, отличается полиморфизмом клинических форм и лабораторных изменений. Нами установлено, что у 90.3% отмечался синдром лимфаденопатии, у 67%- лихорадка, у 33% случаях отмечалось развитие симптомов, связанных с вовлечением НС, у 23.4% наблюдалась АХЗ, реакция гиперчувствительности зарегистрирована у 26% больных, причем «реагиновый» тип гиперчувствительности был лишь у 18% из них, ГФС у 1.5%, ЯК у 0.5%, стойкий дисбиоз ЖКТ у 84.3%, синдром экзантемы у 33.7%, СХУ у 1.5%, рецидивирующий холазион-у 9.3%, тромбоцитопения у 15.6%, ускорение СОЭ-у 71.9% . Т.о., наиболее «типичной» для ВГЧ-6-инфекции является продолжительная лихорадка на фоне лимфаденопатии. Достаточно частым проявлением хронического инфекционного заболевания является и длительно «цветущая» экзантема пятнисто-папулезного характера на фоне персистирующей дисфункции кишечника, указание на частые, повторные респираторные заболевания.

#### **КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЭНТЕРОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ**

**Александрова Т.А.**

**Казанский государственный медицинский университет  
Научный руководитель – к.м.н., асс. Сабитова А.М.**

Энтеровирусные инфекции (ЭВИ) представляют собой группу широко распространенных заболеваний, характеризующихся многообразием клинических проявлений. В последние годы в Казани и республике Татарстан отмечается рост заболеваемости этой инфекцией. Вместе с тем, диагностика ЭВИ остается до настоящего времени актуальной проблемой.

С целью изучения современных клинко-эпидемиологических особенностей ЭВИ нами был проведен анализ 47 историй болезни детей и взрослых с ЭВИ, находившихся на стационарном лечении в Республиканской инфекционной больнице в 2011-13 гг.

Результаты исследования показали, что чаще всего ЭВИ развивалась у детей раннего возраста (37% больных). Доля взрослых составляла всего 11%. Пик заболеваемости приходился на июль и август. Наиболее часто у больных отмечалось поражение слизистых оболочек ротоглотки в виде герпетической ангины или везикулярного стоматита (38,3% ). Второе место по частоте занимала катаральная форма ЭВИ (27,6%). Реже у больных наблюдался синдром «рука-нога-рот» (8,5%). Энтеровирусная экзантема и кишечная форма была диагностирована у 6% пациентов. У 2 больных был диагностирован серозный менингит. У 8% больных наблюдалась смешанная форма заболевания. У госпитализированных больных превалировала среднетяжелая форма инфекции. В 4% случаев отмечены осложнения в форме пневмонии. Несмотря на вирусную природу заболевания, в общем анализе крови у большинства больных (76%) был выявлен нейтрофилез, У 34 % больных был выставлен предварительный диагноз ОРВИ, в 31% - герпетическая инфекция (стоматит), в 19 % - лакунарная ангина, в 3% - ротавирусная инфекция и только 13% пациентов поступали с диагнозом ЭВИ.

Выводы:

- 1) Для энтеровирусной инфекции характерна летнее-осенняя сезонность с пиком заболеваемости в июле-августе.
- 2) Энтеровирусная инфекция чаще встречается у детей раннего возраста.
- 3) Чаще всего ЭВИ инфекция протекает в форме герпетической ангины и в катаральной форме.
- 4) Больных с клиникой афтозного стоматита, острого фарингита или назофарингита в летнее время года необходимо обследовать на наличие энтеровирусной инфекции.

#### **СЛУЧАЙ ТЯЖЕЛОЙ ФОРМЫ ВЕТРЯНОЙ ОСПЫ**

**Маннанова А.Х., Фазлиева А.Р.**

**Казанский государственный медицинский университет  
Научный руководитель – к.м.н., асс. Сабитова А.М.**

Ветряная оспа является широко распространенной инфекцией детского возраста. Неспецифические осложнения этого заболевания обусловлены бактериальной флорой и в ряде случаев могут протекать в тяжелой форме.

Целью работы является представление клинического случая осложненного течения ветряной оспы у ребенка.

Методы исследования: клиническое наблюдение, анализ лабораторных данных, истории болезни, медицинской литературы.

Результаты. Мальчик С. 5 лет заболел ветряной оспой в январе 2014 года. Заболевание началось с повышения температуры до 38°C и появления типичной везикулезной сыпи. В течение 3 дней ребенок находился на амбулаторном лечении. На 4 день болезни у него повысилась температура до 40°C и появилась болезненная припухлость в области правой щеки. При поступлении в инфекционную больницу состояние ребенка средней тяжести, гиперемия и инфильтрация мягких тканей правой щеки размером 3×4 см. Несмотря на проводимое лечение (амписид внутримышечно, ацикловир, местная терапия.), на 5 день болезни состояние ребенка ухудшается: инфильтрация распространяется на периорбитальную область и верхнюю половину шеи. В анализах крови отмечается лейкоцитоз со сдвигом лейкоформулы влево до юных форм, прокальцитонин  $\geq 2$  нг/мл, СРБ 85 мг/л. С диагнозом: Ветряная оспа, тяжелая форма, осложненная целлюлитом правой щеки, больной переводится в отделение интенсивной терапии, где ему проводится инфузионная терапия, внутривенно вводятся иммуноглобулины (пентаглобин) и усиливается антибактериальная терапия (ванкомицин и амоксицилин). Начиная с 8 дня болезни, в состоянии ребенка отмечается положительная динамика: температура тела нормализуется, инфильтрация уменьшается. Однако к 15 дню болезни у больного формируется абсцесс щечной области справа и для дальнейшего лечения он переводится в отделение челюстно-лицевой хирургии.

Заключение. В приведенном клиническом случае тяжесть состояния больного ветряной оспой была обусловлена присоединением резистентной к антибиотикам бактериальной флоры (вероятнее всего стафилококка), По-видимому, этим объясняется недостаточная эффективность проведенной консервативной терапии.

## **СВЯЗЬ ПОЛИМОРФИЗМОВ ГЕНА ТОЛЛ-ЛАЙК РЕЦЕПТОРА 4 И ПРОГРЕССИРОВАНИЯ ВИЧ – ИНФЕКЦИИ**

**Аккурина Л.Б.**

**Казанский государственный медицинский университет  
Научный руководитель – д.м.н., проф. Анохин В.А.**

Темпы прогрессирования ВИЧ – инфекции индивидуальны и зависят от многих факторов, включающих как особенности вируса, так и факторы, связанные с организмом «хозяина». Некоторую роль в этом может играть воздействие эндотоксина на эффекторные клетки. Ключевым моментом во взаимодействии эндотоксина с эффекторными клетками является его связывание с Толл – лайк рецептором 4 (TLR4).

Цель исследования: выявить возможную ассоциацию между полиморфизмами гена TLR4 (896A/G и 1196C/T) и клиническим течением ВИЧ – инфекции.

Материал и методы исследования: объектом исследования явились 133 ВИЧ – инфицированных. Для молекулярно-генетического анализа использовали образцы ДНК испытуемых, выделенных сорбентным методом из соскоба эпителиальных клеток ротовой полости. Определяли полиморфизмы гена TLR4 896 A/G и 1196 C/T. Когорта была раз-делена на две группы: «быстрые прогрессоры» (те, у которых уровень CD4 клеток упал ниже 350 клеток/мкл в течение пяти лет наблюдения, n=62) и «медленные прогрессоры» (те, у которых наблюдались стабильные показатели CD4 выше 350 клеток/мкл, n=71).

Результаты: установлены статистически значимые различия в частоте G аллеля: в группе «медленных прогрессоров» она составила 12,7%, в группе «быстрых прогрессоров» - 4% (p=0,0152, OR 0,289; 95%ДИ 0,1041-0,8047). Анализ частоты мутантного T аллеля не выявил значимые различия. Также при анализе частоты генотипов по двум полиморфизмам выявлены значимые различия только для полиморфизма 896A/G. Среди «медленных прогрессоров» мутантные генотипы встречаются чаще (p=0,0437). Анализ возможной ассоциации мутантного генотипа и исхода (снижение уровня CD4-лимфоцитов ниже 350 в течение 5 лет) установил, что в группе с генотипом GA+GG по полиморфизму 896A/G частота быстрого прогрессирования заболевания значительно меньше, чем в группе с основным генотипом (AA) (p=0,026, OR=0,2786; 95% ДИ 0,0961-0,8). Ранжирование больных по разным признакам показало, что пол значимо модифицирует эффект при анализе данных по полиморфизму 896 A/G: OR для подгруппы мужчин составил 0,5118; 95% ДИ 0,144-1,816; для женщин - 0,0833; 95% ДИ 0,0095-0,732.

В связи с этим может быть сделано заключение о возможном протективном эффекте полиморфизма 896 A/G TLR4 при ВИЧ – инфекции только в отношении женщин.

## **КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ВИЧ-АССОЦИИРОВАННОГО ПОРАЖЕНИЯ ЦНС**

**Гилязова Д.М.**

**Казанский государственный медицинский университет  
Научный руководитель – к.м.н., асс. Назарова О. А.**

ВИЧ-инфекция относится к медленным вирусным инфекциям, для которых характерно многолетнее вялое течение с медленным, но неуклонным прогрессированием.

Рассмотрим клинический случай. Больной Н., 43 года в течение 1,5 лет отмечал быструю утомляемость, снижение массы тела, периодический подъем температуры до 37,5 °С. В феврале 2013 года обратился в поликлинику по месту жительства с жалобами на резкую слабость, подъем температуры до 38-39 °С, снижение остроты зрения. Обследование на ВИЧ дало положительные результаты, показатель CD4 составил  $92 \times 10^6/\text{л}$  (9%), в ОАК лейкопения, лимфопения, тромбоцитопения, анемия II ст, СОЭ 45 мм/ч. Пациент Н. следующий раз обратился в СПИД-центр в конце июня 2013 г. с жалобами на отсутствие зрения в левом глазу, шаткую походку, выраженную слабость, резкое снижение массы тела, сильную головную боль, головокружение. При комплексном обследовании было выявлено: острый некроз сетчатки, окклюзивный васкулит, вялотекущий увеит слева; объемное образование правого полушария мозжечка (гистологическое исследование – анапластическая астроцитома, хронический энцефалит с В и Т лимфоцитами); показатель CD4 составил  $30 \times 10^6/\text{л}$  (4%); в ПЦР на ЦМВ - обнаружено 9100 копий ДНК/мл, ПЦР ВЭБ – 290000 копий ДНК/мл; в ликворе цитоз  $25000000/\text{л}$  (лимфоциты 48%, нейтрофилы 62%). На основании клинико-лабораторных изменений был выставлен диагноз: ВИЧ-инфекция, IV В - V стадия, прогрессирование без АРВТ. Анемия II степени. ЦМВИ, хореоретинит. ХВГС с минимальной воспалительной активностью. Анапластическая астроцитома правого полушария мозжечка. Серозный менингоэнцефалит (ЦМВИ, ВЭБИ). Было проведено лечение: АРВТ (квивекса, интеленс), ферровир, бисептол, цефтазидим. В течение месяца отмечалось клинико-лабораторное улучшение. В августе 2013 произошла блокада IV желудочка головного мозга опухолью мозжечка. Была констатирована смерть.

Таким образом, можно сказать, что главной особенностью ВИЧ-инфекции является нарастающее угнетение иммунитета. В итоге развивается полная несостоятельность иммунной системы, что и определяет разнообразие клинических проявлений. И поражения центральной нервной системы на фоне ВИЧ-инфекции отличаются особенно тяжелым течением.

## **КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЭНТЕРОВИРУСНЫХ МЕНИНГИТОВ У ДЕТЕЙ**

**Фидоренко А. А.**

**Оренбургская государственная медицинская академия**

**Научный руководитель – к.м.н., асс. Денисюк Н. Б.**

Энтеровирусные инфекции (ЭВИ) регистрируются на территории Оренбургской области ежегодно с периодическими подъемами заболеваемости. Значительный удельный вес в структуре энтеровирусных инфекций отводится серозным менингитам. Максимальный подъем заболеваемости ЭВИ регистрируется в летнее время, при этом доля серозных менингитов в структуре ЭВИ составляет до 65%. Цель работы: изучить некоторые клинические особенности и исходы серозных менингитов у детей для выявления наиболее значимых. Под наблюдением находилось 40 детей, пролеченных в инфекционном стационаре г.Оренбурга в 2013 году с диагнозом энтеровирусный менингит. Диагноз был подтвержден обнаружением РНК энтеровирусов методом ПЦР в пробах кала, ликвора. Полученные результаты: основную возрастную группу (80%) составили дети дошкольного возраста. Заболевание протекало в среднетяжелой форме у 31 ребенка (77,5%). В клинической картине энтеровирусных менингитов (чаще у детей до 5 лет), помимо менингеального синдрома у 11 детей отмечался абдоминальный синдром, у 9 больных миалгия, у 12 герпетическая ангина. Длительность лихорадки не превышала 4-6 дней. Головную боль и рвоту в первые 1-2 суток болезни отмечали 34 ребенка, длительность их варьировала от 2-7 суток. Положительные менингеальные симптомы появлялись на 2-3 день болезни в 90% случаев и сохранялись в течение 10-12 суток. Изменения ликвора характеризовались лимфоцитарным плеоцитозом от 38-760 клеток. Контрольная пункция проводилась в динамике на 14-18 дни болезни, санация ликвора несколько отставала от клинического выздоровления. У 6 детей имело место волнообразное течение заболевания с умеренной лихорадкой, интоксикацией и нарастанием менингеальных симптомов, при пункции у этих пациентов отмечена более поздняя санация ликвора. Все дети получали стандартную терапию, которая включала инфузию растворов, мочегонные средства, анальгетики, препараты калия, пираретам, режим. Течение серозного менингита у 22 детей было благополучным, однако у 18 детей в периоде реконвалесценции сохранялась умеренная головная боль и проявления астеновегетативного синдрома. Таким образом, серозные менингиты энтеровирусной природы чаще переносят дети дошкольного возраста, в клинической картине характерен синдром интоксикации, менингеальный, нередко диарея.

## **ПАЗИТАРНЫЕ ПОРАЖЕНИЯ ГЕПАТОБИЛИАРНОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ**

**Заплетина Н.А.**

**Астраханская государственная медицинская академия**

**Научный руководитель – к.м.н., асс. Аракельян Р.С.**

Цель исследования: Изучить паразитарную заболеваемость гепатобилиарной системы детей Астраханской области.

Материалы и методы. Проанализированы эпидемиологические карты детей, инвазированных лямблиями, описторхисом и эхинококком.

Полученные результаты: Были проанализированы эпидемиологические карты детей, инвазированных лямблиями. Так, диагноз лямблиозного холецистита и холангиохолецистита у 87 детей в возрасте от 3-х до 14 лет подтвержден: обнаружением цист лямблий в кале (98,8%); определением антител в сыворотке крови методом ИФА (90,8%). Наиболее постоянным симптомами являлись: стойкая обложенность языка – 48%; вздутие живота, метеоризм и урчание в кишечнике по 4%; болезненность живота при пальпации в правом подреберье и выше пупка – 34%; увеличение печени – 6%.

В Астраханской области за последние 10 лет зарегистрировано 69 случаев описторхоза, из них 17 человек (24%) приходится на долю детей до 17 лет. Была установлена длительность инкубационного периода от 2 до 4 недель: 2 недели (37%), 3 недели (34%) и 4 недели (29%). Все обследованные являлись членами семей, чьи родители имели непосредственный контакт с производством рыбы. На момент обращения у детей имелись следующие жалобы: боль в эпигастральной области и правом подреберье – 14%, снижение аппетита – 27%, тошнота – 34%, головная боль – 13%; горечь во рту (жалобы детей старше 10 лет) – 10%; болезненность в точках желчного пузыря – 2%.

При обследовании 10 детей в возрасте от 8 до 15 лет в 100% на момент обращения и госпитализации имелись симптомы: желтуха кожи и склер, зуд кожи, снижение аппетита, вялость, слабость – по 6%, увеличение печени – 70%.

Выводы: Паразитологический диагноз во всех случаях был установлен после лабораторного исследования биологического материала. Все инвазированные дети в качестве противогельминтного лечения получали препарат «Немозол».

## **ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ МАЛЯРИИ У ДЕТЕЙ**

**Кузьмичев Б.Ю., Глебова А.А., Золотенкова А.Н.**

**Астраханская государственная медицинская академия**

**Научный руководитель – к.м.н., асс. Аракельян Р.С.**

Цель работы: Охарактеризовать ситуацию по малярии у детей в Астраханской области за 2000 – 2008 гг.

Материалы и методы. За период с 2000 по 2008 гг. на территории Астраханской области зарегистрировано 88 случаев малярии человека, в т.ч. на долю лиц в возрасте от 0 до 18 лет пришлось 23,9% (21 сл.). Заболевание регистрировалось у детей от 5 мес. до 17 лет.

Результаты исследования. Наиболее часто малярия регистрировалась у детей в возрасте 15 лет – 19%, 2 и 13 лет – по 14,3%. По 9,5% малярия отмечалась у детей в возрасте 7, 11 и 14 лет. В единичных случаях (по 4,8%) малярия регистрировалась у детей в возрасте 5 мес., 5, 8, 14 и 17 лет. В половом соотношении: мальчики – 76,2%, девочки – 23,8%.

В 81% у детей регистрировалась завозная малярия. Завоз малярии происходил из Таджикистана – 14,3% и Азербайджана – 85,7%.

Малярия регистрировалась у детей, проживающих как в городской, так и в сельской местностях: город – 81%, область – 19%, в т.ч.: Красноярский и Наримановский районы – по 9,5%. В городской черте малярия регистрировалась в 3-х районах: Ленинском – 33,3%, Советском и Кировском – по 23,8%.

Наиболее часто заболевание регистрировалось в теплое время года (март – июль) – по 23,8% и апрель – 19%. Немного реже в августе – 14,3%, мае и июне – по 9,5%. В единичных случаях (4,9%) малярия регистрировалась в сентябре.

Всего за анализируемый период среди всех заболевших были зарегистрированы следующие виды очагов: псевдоочаг – 35,2%, новый потенциальный очаг – 59,1%, активный новый очаг – 5,7%, в т.ч. активный новый очаг 1 степени – 1 сл.

Выводы. Таким образом, на территории Астраханской области среди детей отмечались завозные случаи трехдневной малярии наиболее часто регистрируемые в теплое время года. Более часто случаи малярии регистрировались в городской черте (Ленинский район).

## **ОТЛИЧИЯ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ У ДЕТЕЙ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА ПРИ ДИЗЕНТЕРИИ ФЛЕКСНЕРА 2А**

**Гимбатова Д.Ш.**

**Дагестанская государственная медицинская академия  
Научный руководитель – д.м.н., доц. Улуханова Л.У.**

Введение. так как у детей нет рецепторов, воспринимающих возбудителей дизентерии, по данным Горелова это заболевание не встречается у детей до 6 месяцев. Однако имеются исключения.

В нашей республике в связи с низкой гигиенической культурой, проблемами водоснабжения, это заболевание встречается и у детей первого года жизни.

Цель. Выявить особенности клинического течения дизентерии Флекснера 2А у детей грудного возраста.

Материалы и методы. Под наблюдение взято

56 детей первого года жизни с дизентерией Флекснера 2А. Диагноз подтвержден бактериологически у 45,6%, у 54,4% старше 6 месяцев -на основании серологических данных. Высокая чувствительность шигелл отмечалась к ципрофлоксацину ( 97,1% ), амикацину ( 93,8% ), гентамицину ( 83,3% ). Обладали устойчивостью к ампициллину ( 100% ), ванкомицину, рифампицину ( 70 - 80% ). У 41,6% детей имело место перинатальное поражение центральной нервной системы, у 85,4% - анемия, у 6,2% - аллергодерматит, у 25% - гипотрофия, у 27% - проявления рахита.

Результаты исследования. Среднетяжелая форма отмечена у 64,5%, тяжелая у 33,5% детей. У 43,7% отмечалось острое начало : повышение температуры до 38,2° С, появление 2-х кратной рвоты у 47,9%, отказ от еды у 62,5%, вялость у 95,8%. Одновременно появлялся жидкий стул с патологическими примесями. Гастроэнтероколит отмечен у 66,6%, энтероколит - у 4,2% больных, у 35,4% появлялись прожилки крови. У 56,3% заболевание развивалось постепенно.

Заключение выраженность колитического синдрома и тяжесть заболевания обусловлена преобладанием шигеллы Флекснера 2а.

## **ВЛИЯНИЕ ВАКЦИНАЦИИ ПРОТИВ ПНЕВМОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИИ НА ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ДЕТЕЙ**

**Ильина О.А., Бережнова В.В.**

**Казанский государственный медицинский университет  
Научный руководитель – к.м.н., доц. Хакимов Н.М.**

Пневмококковая инфекция— комплекс заболеваний, вызываемых бактерией *Streptococcus pneumoniae* (пневмококк). Это пневмококковая пневмония (до 70 % от всех пневмоний), острый средний отит (около 25 % от всех отитов), гнойный пневмококковый менингит (5-15% всех бактериальных менингитов), эндокардиты (около 3 %), плевриты, артриты.

Возбудитель пневмококковой пневмонии, *Streptococcus pneumoniae*, является представителем нормальной микрофлоры верхних дыхательных путей человека. В норме носителями одного или нескольких типов пневмококков являются от 5 до 70 % людей.

Пневмококковая инфекция признается Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ) ведущей причиной заболеваемости и смертности среди детей во всех регионах мира. Пневмококковая инфекция способна поражать любые возрастные группы. Чаще всего пневмококковая инфекция встречается у малышей до двух лет и у пожилых людей. Поэтому вакцинация против пневмококковой инфекции рекомендуется детям младшего и ясельного возраста (младше 2 лет); посещающим дошкольные учреждения; часто болеющим детям; недавно перенесшим инфекционное воспаление уха, пневмонию; с хроническими заболеваниями; с нарушениями иммунной системы; проживающим в неблагоприятных социально-бытовых условиях.

Цель исследования: влияние вакцинации против пневмококковой инфекции на заболеваемость детей. Были проведены когортные эпидемиологические исследования: опытная группа 20, контрольная группа – 12 детей. Истории развития детей были проанализированы в течение года до и года – после вакцинации.

В результате было установлено, общая заболеваемость среди вакцинированных детей составила до вакцинации-90 случаев, после вакцинации-32 случая, снижение произошло в 2,8125 раз; в том числе пневмонией до вакцинации- 8 случаев, после- 2 случая, В контрольной группе заболеваемость до даты условной вакцинации составила-32 случая, после-19 случаев, снижение произошло в 1,6842 раза.в том числе пневмонией до даты условной вакцинации-3 случая, после-0 случаев

## **ИСТОРИЯ ОТЕЧЕСТВА**

### **АНАТОМ И ИСТОРИК МЕДИЦИНЫ АКАДЕМИК ВАСИЛИЙ НИКОЛАЕВИЧ ТЕРНОВСКИЙ**

**Павлова Л.О.**

**Казанский государственный медицинский университет  
Научный руководитель – д.м.н., проф. Валишин Э.С.**

Василий Николаевич Терновский – выдающийся отечественный анатом и историк анатомии, непревзойденный лектор и прекрасный педагог оказал решающее воздействие на творческий путь коллектива кафедры нормальной анатомии Казанского государственного медицинского института. Тонкий знаток вегетативной нервной системы В.Н.Терновский явился зачинателем нового научного направления в Казанской школе анатомов, касающегося изучения этой трудной и мало разработанной в то время области нейрологии. Им и его ученикам были изучены вопросы классификации вегетативной нервной системы, ее филогенетического становлении и начато изучение ее васкуляризации. Творческое наследие ученого составляет свыше 100 трудов по морфологии и истории медицины. Особое место здесь занимает работа по переводу, редактированию и изданию трудов представителей древней медицины. За долгую творческую жизнь В.Н.Терновский неоднократно представлял отечественную науку на многих международных конгрессах по истории медицины. Он избирается членом-корреспондентом общества истории медицины Монпелье, почетным членом Медико-исторического общества Швеции и мн.др. Одним из важных новшеств в учебном процессе было введение на кафедре занятий по анатомии на татарском языке. Совместно с

У.Н.Камалетдиновым им были изданы на татарском языке руководство «Анатомическая препаровка» и учебник анатомии человека. В годы Великой Отечественной войны коллектив кафедры во главе с ее заведующим совмещал преподавательскую и научную работу с работой в госпиталях.

#### **ПАНОРМОВ АЛЕКСЕЙ АЛЕКСАНДРОВИЧ (1859 - 1927): ДОКТОР, УЧЕНЫЙ, ЧЕЛОВЕК**

**Михайлова Л.Р.**

**Казанский государственный медицинский университет  
Научный руководитель – к.и.н., ст. преп. Шигабутдинов Р.Р.**

4 октября 2014 года исполняется 155 лет со дня рождения профессора Казанского университета, выдающегося учёного в области биохимии и медицинской химии Панормова Алексея Александровича.

Он родился и получил среднее образование в Самарской духовной семинарии. Поступил на медицинский факультет Казанского Университета. Нужда, бедность, переписка за грошовую плату чужих лекций, полуголодное существование не стали для него препятствием при получении высшего образования и становлению великим в своем деле. Будучи одним из выдающихся студентов в своем курсе он получил золотую медаль за научную работу и обратил на себя внимание талантливого казанского профессора Н.А. Виноградова.

Некоторые его исследования: «К учению о локализациях в головном мозгу» (1886), «О количественном определении гликогена и посмертном образовании сахара в печени» (1886), «Находится ли у диабетиков сахар в слюне, желудочном соке и поте» (1890), «О виде сахара, образующегося в желудке из крахмала» (1890). По истечении 4-х лет ординаторского стажа он представляет диссертационную работу и удостоивается 6 ноября 1886 г. степени доктора медицины.

Главные научные работы Алексея Александровича посвящены сложнейшим проблемам химии, над которой работали поколения физиологов-химиков – проблеме белковых тел.

Будучи бездетным, он взял на попечение племянниц и племянника из многодетной, бедной семьи своей сестры, а также воспитывал племянников своей жены, которые остались сиротами. Он дал им образование, помогал материально.

Алексей Александрович тяжело воспринял первую русскую революцию (1905-1907 гг.). После увиденных уличных кровавых сцен, у него развилось нервное расстройство (невроз сердца, боязнь пространства), вследствие чего он не мог ходить без посторонней помощи. После этой болезни и в особенности после смерти жены (1920 г.) он совершенно замкнулся в лабораторную деятельность, избегая собраний, заседаний, но не переставал быть душой общества в кругу близких людей.

А.А. Панормов заслужил уважение студентов, коллег, пациентов. Близкие знали его как «дядя Леша». Он сердечно помогал всем, кому был в силах помочь.

#### **ВЕЛИКИЙ УЧЁНЫЙ С.С. ЗИМНИЦКИЙ – ПАТРИОТ, ПОЭТ, МУЗЫКАНТ**

**Хабибулина А.Р.**

**Казанский государственный медицинский университет  
Научный руководитель – к.м.н., доц. Бомбина Л.К.**

Зимницкий Семен Семенович (1873 – 1927) – профессор, заведующий кафедрой частной патологии и терапии (1906 – 1926), заведующий кафедрой пропедевтики внутренних болезней (1926 – 1927). Это был удивительный, разносторонний человек, его интересы включали не только естественные науки, но и сферу искусств. По воспоминаниям Л. Якобсона - «поэт, писатель, певец и музыкант – целое сокровище талантов вмещал он в себе... В молодости, будучи студентом, он, пользуясь своим хорошим голосом, чтобы иметь возможность учиться, даже выступал на оперной сцене».

В первые годы обучения в Военно-медицинской академии по материальной необходимости С.С.Зимницкий был вынужден зарабатывать на жизнь игрой в оркестре, выступлениями на оперной сцене, уроками.

С самого начала своей общественной деятельности Семен Семенович проявил полную самостоятельность и открытость своих мыслей. Он имел силы не примыкать к каким-либо радикальным партиям и всегда имел свою рациональную точку зрения по любому вопросу и, впоследствии, его голос приобрел немаловажное значение в Ученом Совете.

С.С.Зимницкий обладал неиссякаемой энергией, недюжинной эрудицией, был отзывчив к вопросам своих слушателей, вкладывал в их сознание не только научные знания, но и аналитическое мышление, что давало возможность студентам иметь здоровую самостоятельную критику по всем дисциплинам; всегда отличался отзывчивостью, любил студентов и помогал нуждающимся материально, поддерживал студенческую инициативу.

Семен Семенович был истинным патриотом, неоднократно выступал за развитие и введение в массы отечественных достижений и образа мыслей, обогащения отечественной медицины, а не слепое поклонение зарубежным идеалам. Профессор пишет: «Как-то до болезненности хочется, чтобы наша любимая наука выросла и получила бы такую определенную и мощную величину и силу, как русская живопись, музыка и т. д. Игнорирование великих малых строителей русской медицинской науки есть выражение неуважения к ней, а чрезмерное преклонение перед иностранным есть неуважение к своим труженикам на медицинской ниве...».

#### **ВЫПУСКНИК КАЗАНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА ПРОФЕССОР СТЕПАН ЯКОВЛЕВИЧ СТРЕЛКОВ – ОСНОВАТЕЛЬ ИЖЕВСКОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ШКОЛЫ**

**Столбова М.С.**

**Ижевская государственная медицинская академия  
Научный руководитель – д.м.н., проф. Попова Н.М.**

Родился С.Я. Стрелков 12 июля 1878 г. в семье крестьянина в с. Воскресенском (быв. Нижегородской губернии). После окончания в 1895 г. низшей сельскохозяйственной школы первого разряда он работал учителем начального народного училища. В 1903 г. поступил в Казанский университет на медицинский факультет, который с отличием окончил в 1909 г.

Врачебную деятельность Степан Яковлевич начинал в Вавожской больнице (быв. Малмыжское уездное земство). Возвратившись в Казань, в 1910 г. перешел на должность ординатора факультетской хирургической клиники. Закончив ординатуру в 1913 г., уехал на работу в г. Слободской (быв. Вятской губернии), где организовал хирургическое отделение, которым заведовал до 1918 г. В 1921 г. С.Я. Стрелкова откомандировали в Пермский государственный университет, где с 1926 г. он был назначен приват-доцентом этой клиники. В клинике он написал диссертационную работу на соискание степени

доктора медицинских наук на тему: «К учению коллатерального кровообращения. Перевязка безымянной артерии». В 1928 – 1933 гг. он работал в должности заведующего кафедрой оперативной хирургии и топографической анатомии медицинского факультета пермского университета. По распоряжению НКЗ РСФСР в 1933 г. С.Я. Стрелков приехал в г.Ижевск для подготовки клиник в Ижевском медицинском институте, где с 1935 г. его назначают профессором и заведующим кафедрой общей хирургии, а с 1937 г. – госпитальной хирургии, которой и руководил до конца своей жизни. Под его руководством работали: доцент М.Г. Козьмин, В.К. Беккер, ассистенты Г.Г. Стерхов (первый ректор Ижевского мединститута), В.П. Шипулин, Э.П. Журавлева, Е.М. Барковский. Профессор С.Я. Стрелков – автор 51 работы. Он выступал с докладом на XVII и был участником XIX и XXII съездов Российских хирургов. В годы Великой Отечественной войны профессор С.Я. Стрелков являлся консультантом ряда госпиталей, расположенных в Ижевске.

В 1938 г. трудящиеся г.Ижевска избрали его депутатом Верховного Совета Удмуртской АССР. Деятельность С.Я. Стрелкова отмечена орденом Ленина и медалями. 28 сентября 1939 г. Президиум Верховного Совета УАССР присвоил ему звание заслуженного деятеля науки УАССР.

## **ИСТОРИЯ ХАРЬКОВСКОГО НАЦИОНАЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА**

**Помогайбо Е.Г.**

**Харьковский национальный медицинский университет  
Научный руководитель – д.м.н., проф. Огнев В.А.**

Цели исследования. Изучить историю становления Харьковского Национального Медицинского Университета  
Материалы и методы библиографический и исторический.

Полученные результаты История Харьковского национального медицинского университета начинается с создания медицинского факультета, который был организован в числе четырех факультетов Императорского Харьковского Университета 17 января 1805 года. Старейший классический университет в тогдашней Малороссии был пятым университетом Российской империи после Виленского, Дерптского, Московского, Санкт-Петербургского и Казанского. В 1920 году медицинский факультет был выделен из состава университета и слит с Женским медицинским институтом Харьковского научного медицинского общества. Так в Харькове образовалась Медицинская академия. Через год, в 1921 году, она была переименована в Медицинский институт. В 1936 в Харькове стали существовать два медицинских института. Во время Великой Отечественной войны институты находились в эвакуации: первый был эвакуирован в город Чкалов (Оренбург), второй – в Фрунзе (Бишкек). В декабре 1943 г. правительство приняло решение об объединении этих двух институтов в один – Харьковский медицинский институт. В апреле 1994 года решением Кабинета Министров Украины Харьковский государственный медицинский институт реорганизован в Харьковский государственный медицинский университет. В 2004 году в преддверии 200-летнего юбилея Харьковский государственный медицинский университет работает в составе пяти факультетов. В ноябре 2007 года Указом Президента Украины Харьковскому государственному медицинскому университету присвоен статус национального с наименованием Харьковский национальный медицинский университет. На сегодняшний день существует уже 6 факультетов и 63 кафедры.

Заключение Долгий путь развития древнейшей школы в Украине высокие показатели в подготовки квалифицированных медицинских кадров для страны, а также значительные достижения в научно исследовательской работе являются крепкой основой дальнейшего развития Университета, который вступает в третье тысячелетие своей истории.

## **ЦИВИЛИЗАЦИОННОЕ ВЛИЯНИЕ РИМА НА ИСТОРИЮ РОССИИ**

**Краснов А.Е., Кириллов Н.Д.**

**Казанский государственный медицинский университет  
Научный руководитель – к.и.н., ст. преп. Фасхутдинова Е.Н.**

Цивилизационное влияние Рима на историю России велико, поэтому мы обратились к истории Древнего Рима.

В 91-88 Италия была потрясена Союзнической войной, которая возникла из-за отказа Сената предоставить италийцам права римских граждан. Кровавополитная война закончилась победой Рима, лишь некоторые племена италийцев получили права граждан. Была уничтожена система полисов, италийцы полностью ассимилировались и латинизировались.

Противоречия политических партий вновь дестабилизировали страну. Опасаясь единоличной диктатуры Мария, его противник – Сулла отправил войска на Рим. Впервые в римской истории войско отказалось повиноваться народному собранию и заняло Рим как неприятельский город. Произошло отчуждение армии и общества. Сулла подчинил город и стал пожизненным диктатором. Несмотря на тиранию и диктатуру, Сулла стремится укрепить Республику, возвратил Сенату многие права, отнятые ранее Гракхом.

В 74—63 до н. э. Помпей вел войны в Азии и значительно приумножил свое богатство и влияние. По закону он распустил свои легионы и вернулся в Рим обычным гражданином. Вследствие этого он оказался бессилем и был вынужден протянуть руку Цезарю. Так возник Первый Триумвират – негласное соглашение между Юлием Цезарем, Помпеем и Крассом о совместной борьбе с Сенатом. Цезарь стал губернатором Галлии и уехал из Рима, чтобы навести в ней порядок. В 55 году до н.э. состоялись выборы консулов, на которых победили Помпей и Красс. Получив Сирию, Красс уезжает вести войну с Парфией, но вскоре его вызывают на переговоры, где его жестоко убивают. После смерти Красса, борьба за власть разворачивается между Цезарем и Помпеем.

Возвращение прославленного Цезаря из Галлии вместе с легионами вынудило Сенат объявить его вне закона. Сенат и его сторонники оказались неподготовленными к грядущей войне, что привело к их поражению. Установилась единоличная диктатура Цезаря. Изрядно поредевший Сенат он наполнил галлами, либо офицерами, тем самым используя его для принятия практически любых законов. Приверженцы старых римских традиций оказались недовольны и организовали убийство диктатора.

Против убийц Цезаря в 43 г. до н.э. был создан Второй триумвират (Октавиан Август, Марк Антоний, Марк Лепид). Это союз являлся публично-правовым органом, чего никогда не существовало.

В конце концов, на политической арене остался один триумвир – внучатый племянник Цезаря, именуемый Октавианом Августом. Он создал принципат – комбинацию республиканской магистратуры с военной монархией.

Даже спустя десятилетия Сенат, Магистратура, Народные собрания существовали, но на жизнь страны не влияли, были, скорее, политической мишурой для заядлых республиканцев.



## **ТОМСКАЯ ШКОЛА ПАТОФИЗИОЛОГОВ**

**Полетика В.С.**

**Сибирский государственный медицинский университет  
Научный руководитель – д.и.н., проф. Некрылов С.А.**

Основателем экспериментально-физиологического направления в патологии является выдающийся русский ученый В.В. Пашутина, которого по праву считают отцом отечественной патофизиологии. Окончив Медико-хирургическую академию в Петербурге в 1868 г., В.В. Пашутин возглавил в 1873 г. кафедру общей патологии в Казанском университете, где в 1874 г. приступил к чтению лекций по общей и экспериментальной патологии. С этого берет свое начало новый этап развития общей патологии в России. Главной заслугой В.В. Пашутина считается то, что он преобразовал общую патологию из науки умозрительной в науку экспериментальную, а также создал первую в России школу патофизиологов.

Прямым ответвлением школы В.В. Пашутина стала Томская школа патофизиологов и гематологов, созданная в 1890 г. на базе медицинского факультета Императорского Томского университета. С момента организации кафедры общей патологии ее возглавляли ученики и последователи В.В. Пашутина: П.М. Альбицкий (1890-1891 гг.), А.В. Репрев (1891-1895 гг.), Д.И. Тимофеевский (1896-1903 гг.), П.П. Авроров (до 1992 г.), А.Д. Тимофеевский (1922-1934 гг.), Д.И. Гольдберг (1934-1973 гг.), Е.Д. Гольдберг (1975-2000 гг.). В настоящее время (с 2000 г.) кафедрой заведует ректор университета, профессор, академик РАН, заслуженный деятель науки РФ, заслуженный работник культуры РФ Вячеслав Викторович Новицкий.

Деятельность представителей Томской школы патофизиологов оказала значительное влияние на развитие патофизиологии как в России, так и во всем мире. Работы П.П. Авророва и А.Д. Тимофеевского по созданию методов культивирования тканей вне организма явились основополагающими для развития клональных методов исследования в гематологии и способствовали формированию представлений о генезе клеток крови и патогенезе гемобластозов. Д.И. Гольдберг подробно изучил патогенез агастрических пернициозных анемий, исследовал особенности воздействия ионизирующей радиации на клетки крови. Его ученик, Е.Д. Гольдберг, продолжил исследование по традиционным для томской школы патофизиологов направлениям в области экспериментальной гематологии, онкологии и онкофармакологии. Под руководством В.В. Новицкого на кафедре ведутся работы по изучению реакций красной и белой крови при опухолевом, инфекционном процессах и других патологических состояниях.

## **МИСЛАВСКИЙ НИКОЛАЙ АЛЕКСАНДРОВИЧ**

**Надеева Д.Б., Сабирова А.И.**

**Казанский (Приволжский) федеральный университет  
Научный руководитель – д.п.н, проф. Надеева М.И.**

Миславский Николай Александрович (1854-1929), основатель казанской школы физиологов.

Родился 17 апреля 1854 г. в семье врача. После обучения в Екатеринбургской гимназии он приехал в Казань и поступил в университет на медицинский факультет, который окончил в 1876 г. Со второго курса Миславский занялся научно-исследовательской работой, подолгу засиживался в лаборатории, овладевал тонкой техникой эксперимента в самых разнообразных вариациях.

До конца жизни он работал на кафедре физиологии Казанского университета. 26 ноября 1885 г. Миславский был определен на должность прозектора при кафедре физиологии. К этому времени выходят работы ученого, в которых он исследует механизм нервной регуляции. 24 мая 1886 г. Н.А. Миславский становится приват-доцентом университета при кафедре физиологии, читает курс общей и частной нервной физиологии. В августе 1886 г. он едет за границу. В 1891 г. Н.А. Миславский избирается профессором университета по кафедре физиологии и руководителем физиологической лаборатории. В 1907-1910 гг. он работает деканом медицинского факультета. Лаборатория, которой руководил Миславский, постепенно становится одной из крупнейших научно-исследовательских организаций России в области физиологии, здесь формируется казанская физиологическая школа. Во всех своих работах Миславский последовательно проводил мысль о ведущей роли центральной нервной системы и изучал проблему организма в целом. Совместно с В.М. Бехтеревым он изучал влияние коры больших полушарий на внутренние органы. В 1926 г. Миславскому было присвоено звание Заслуженного деятеля науки РСФСР, а в 1927 г. он был избран членом-корреспондентом Академии наук СССР.

25 декабря 1929 г. Николай Александрович умер от разрыва сердца, похоронен на Арском кладбище Казани.

## **УЧЕНИКИ ТАТАРСТАНА В 20-У ГОДЫ XX В.**

**Абдуллаев Ш.П.**

**Казанский государственный медицинский университет  
Научный руководитель – к.и.н., ст. преп. Фасхутдинова Е.Н.**

В первые послереволюционные годы находящиеся у власти в России большевики неоднократно подчеркивали значение школы и учителя. Труд учителя был трудный.

Руководители народного образования считали, что это не условия виноваты, а учителя, которые не понимают, как надо работать, хотя все было совсем не так.

Казанскую губернию сотрясали военные действия времен гражданской войны. Непригодность школьных зданий к обучению в них детей осложнялась еще и недостатком школьного инвентаря.

В 1920 году положение со школьными зданиями не улучшается. Особенно ужасны условия работы в школах были зимой. Зимой наступали холода, школьные помещения необходимо было отапливать. Дров школы получали очень мало, и температура в школьных помещениях порой падала ниже 0. Также все учителя и школьники чувствовали недостаток света. Все школы работали в 2, и даже в 3 смены, а освещение у большинства школ – керосиновые лампы.

Все эти трудности были совсем не случайными, ведь, как писал С.А. Галин, «в связи с острым финансовым кризисом, доля народного просвещения в государственном бюджете с 10 % в 1920 г. падает до 2 – 3 % в 1922 г.

Татарскую республику постигло очень большое несчастье: засуха приведшая к тяжелейшему голоду. Но с 1923 года голод закончился, и все постепенно стало налаживаться.

Со времени Октябрьской революции число школ резко увеличилось. Проблема с обеспечением всех учащихся учебными пособиями еще долго оставалась злободневной. Работа педагогов, кроме того, в сильной степени усложнялась тем составом учащихся, с которым им приходилось иметь дело.

В 1925 году минимальная нагрузка на учителя составляла 40, максимальная – 70 учащихся. Кроме того, учитель из-за низкой зарплаты и неопределенного правового положения вынужден был одновременно работать в нескольких школах. Тем более обучению очень мешали обстоятельства и нехватка средств, и недостаток знаний и квалификации у учителей. Еще одной

обязанностью педагога являлось его участие в коллективной работе школы. Общее количество рабочего времени у них доходило до 72 часов в неделю.

С конца 1929 года наступило улучшение бытовых условий труда учителей. Весь период – 1918 – начало 1930-х гг. характеризуется тем, что условия работы учителей Казанской губернии / ТАССР были весьма трудными, и учитель был сильно перегружен.

## **Н.М. МАЛИЕВ И А.С. ДОГЕЛЬ - ПРЕДСТАВИТЕЛИ ТОМСКОЙ ШКОЛЫ МОРФОЛОГОВ**

**Попов Ю.А.**

**Сибирский государственный медицинский университет  
Научный руководитель – д.и.н., проф. Некрылов С.А.**

Изучая историю Императорского Томского университета, где в 1888 году открылся первый медицинский факультет на востоке страны, невозможно не заметить, что она тесно переплетается с историей университетов России. Огромный вклад в становление науки и учебного процесса сделали и выпускники Казанского университета. Одним из них был Николай Михайлович Малиев - основатель кафедры нормальной анатомии Томского университета. С 1868 г. он работал в Казанском университете на кафедре физиологической анатомии, которой тогда заведовал П.Ф. Лесгафт, вначале помощником прозектора, а затем – приват-доцентом. При этом Н.М. Малиев выезжал в экспедиции для антропологического изучения черепов различных народностей, а также занимался созданием краниологической коллекции.

С 1888 г. он назначен экстраординарным профессором по кафедре нормальной анатомии Томского университета.

Прибыв в Томск, Н.М. Малиев приступил к организации кафедры, оснащению ее оборудованием, приготовлению препаратов и созданию музея. С 1890 по 1895 г. был деканом медицинского факультета.

Николай Михайлович за время работы в Томске создал большую коллекцию анатомических препаратов (597 экземпляров), многие из которых сохранились до сих пор.

С 1897 по 1916 г он работал в Санкт-Петербургском университете. Дальнейшая судьба Н.М. Малиева не известна. С Томским университетом тесно связал свою судьбу и Александр Станиславович Догель, представитель Казанской нейростоматологической школы. Еще в казанский период он разработал метод суправитальной окраски нервных элементов метиленовой синью. В Томске А.С. Догель возглавлял кафедру гистологии с 1888 по 1895 г. Он организовал гистологический кабинет и положил начало созданию коллекции гистологических препаратов. С начала 1889 г. Догель стал вести занятия по гистологии, уделяя особое внимание изучению нервной системы в духе казанской гистологической школы. В тот период ученый завершил работы по сетчатке глаза, принесшие ему мировую известность. С 1888 по 1890 г. был деканом медицинского факультета, в 1889 г. исполнял обязанности ректора. Догель являлся членом Нобелевского комитета, имел множество наград, в том числе он был удостоен премии им. К.М. Бэра. С 1895 г. профессор работал в Санкт-Петербургском университете.

## **АКАДЕМИК С.В. АНИЧКОВ. ОТ СТУДЕНЧЕСТВА К ВЕРШИНАМ ФАРМАКОЛОГИИ**

**Идрисова А.Р.**

**Казанский государственный медицинский университет  
Научный руководитель – к.м.н., доц. Овчинникова А.Г.**

Многие великие ученые нашей страны начинали научно-исследовательскую деятельность в Казани. Одним из них был Сергей Викторович Аничков, формирование которого как ученого проходило в стенах нашего университета 100 лет назад.

Сергей Викторович родился 20 сентября 1892 года в Санкт-Петербурге. Успешно учился в гимназии, вел кружок самообразования для рабочих. В 1909 году он поступил в Военно-медицинскую академию. Общение с И.П. Павловым, первые экспериментальные работы под руководством доцента В.Н. Болдырева, знакомство с профессором Н.П. Кравковым дали возможность любознательному студенту приобщиться к науке. Его первая исследовательская работа «К вопросу о действии стрихнина на лягушку» была напечатана в 1912 году в Известиях Военно-медицинской академии. За участие в подготовке первомайской демонстрации Аничкова исключили из вуза. Местом ссылки он выбирает Казань, где работает на кафедре патологической анатомии у профессора Ф.Я. Чистовича и факультативно посещает университет. С осени 1913 года, С.В. Аничков уже студент 4 курса медицинского факультета Казанского университета, получил возможность заниматься экспериментальной фармакологией под руководством В.Н. Болдырева. Он даже проводил опыты на себе. Труд молодого исследователя «О периодической деятельности пищеварительного тракта у человека» в 1914 году был опубликован в Казанском медицинском журнале.

Уже в 32 года С.М. Аничков стал заведующим кафедрой фармакологии Военно-медицинской академии. В 1948 году ученый назначен заведующим отделом фармакологии Института экспериментальной медицины Академии медицинских наук СССР, который в настоящий момент носит его имя. Мировое признание получили исследования С.В. Аничкова в области хеморецепции сосудов, фармакологии центральных холиноблокаторов, регуляции трофических процессов. На основе целенаправленного синтеза совместно с химиками было разработано и внедрено более 10 препаратов. Академик С.В. Аничков был одним из организаторов Международного общества фармакологов и длительное время его почетным президентом. В апреле 1981 года он в последний раз выступил на научной конференции в Риге. Свою речь ученый закончил такими словами: «Я прожил очень долгую жизнь, и очень долгую жизнь в науке. Я имел дело со многими научными сотрудниками. Я был счастлив в своих коллективах».

## **СКАНДОВСКИЙ КАК ПЕРВЫЙ РУССКИЙ ПРОФЕССОР В КАЗАНСКОМ УНИВЕРСИТЕТЕ**

**Древин Д.М.**

**Казанский государственный медицинский университет  
Научный руководитель – к.м.н., асс. Шамсутдинова Н.Г., к.м.н., доц. Якупова С.П.**

Скандовский Никанор Алексеевич, (1798 - 1867) – заведующий кафедрой терапевтической клиники, душевных болезней и патологической семиотики в Казанском университете.

Родился в 1798 г. в семье Муромского священника. Среднее образование получил во Владимирской гимназии. В 1821 г. поступил на медицинский факультет Казанского университета. 14 сентября 1825 года он окончил университет «со степенью лекаря первого отделения». В 1828 году вместе с другими лучшими выпускниками университетов России был командирован в Дерпт, где обучался навыкам терапевтического искусства. После защиты диссертации молодой ученый выехал из Дерпта в Европу, где в течение двух лет работал в терапевтических клиниках Берлина и Вены, а в 1833 г. получил степень доктора медицины.

В период 1837-1863 г.г. заведовал кафедрой терапевтической клиники, душевных болезней и патологической семиотики. В своей научной деятельности занимался проблеме распространения «тифозных горячек». Активно продвигал идею целесообразности профилактики заболеваний. Разработал рекомендации по уходу за ребенком и особенно выделял важность внутриутробного периода.

Помимо своей деятельности в университете Скандовский проводил занятия в семинарии и даже издал специальный учебник по физиологии.

## **ОСНОВАТЕЛЬ РОССИЙСКОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ШКОЛЫ Н.В. СКЛИФОСОВСКИЙ (1836-1904): ОДЕССКИЙ ПЕРИОД ЖИЗНИ И ДЕЯТЕЛЬНОСТИ**

**Голубова Н.А.**  
**Одесский национальный медицинский университет**  
**Научный руководитель – д.м.н., проф. Васильев К.К.**

Современная оперативная гинекология берет начало с овариотомии – хирургической операции удаления кистозной опухоли яичника.

Целью данного сообщения является освещение первого, то есть одесского, периода жизни и деятельности Николая Васильевича Склифосовского. Именно тогда – 150 лет тому назад – им была произведена успешная полная овариотомия, которая стала первой в Одессе и одной из первых в Российской империи. Родился он недалеко от Одессы – на хуторке близ Дубоссар в Херсонской губернии, среднее образование он получал в Одессе, а высшее в Московском университете, который окончил в 1859 г. Последующие одиннадцать лет – одесский период деятельности Склифосовского. 22.10. 1864 г. он произвел первую успешную полную овариотомию на юге Российского государства (в Одессе). Вторая овариотомия и также со счастливым исходом была произведена Склифосовским 24.06. 1865 г. В следующем году он получил командировку за границу для усовершенствования. Он специально поехал в Соединенное Королевство – в ту эпоху тамошние доктора лидировали в производстве овариотомии. Среди тогдашних овариотомистов выделялся лондонский гинеколог Т.-С.Уэльс (1818–1897), которого теперь называют одним из основоположников оперативной гинекологии. Склифосовский был не только в Лондоне у доктора Уэльса, но заехал и в Эдинбург к Дж.Симпсону (1811-1870). В те годы в Европе гинекологические операции проводили под хлороформным наркозом, который ввел в медицину как раз эдинбургский гинеколог (в 1847 г.), и это заставило Склифосовского побывать у него. По возвращении в Одессу Склифосовский делает две овариотомии (11.11 и 7.12 1867 г.) и обе с благоприятным исходом, а в 1870 г. Склифосовский возглавил кафедру в университете Святого Владимира в Киеве. Итак, в 1870 г. закончился одесский период жизни и деятельности Н.В.Склифосовского. Здесь он сложился как блестящий оператор. Здесь им были произведены первые успешные полные овариотомии. Закономерен был его переезд в университетский город, где он занял кафедру, и где способности его должны были найти себе более широкое применение.

## **НИКОЛАЙ II: ТРАГЕДИЯ ЛИЧНОСТИ**

**Галиуллина И.Р., Щукина А.В.**  
**Казанский государственный медицинский университет**  
**Научный руководитель – асс. Хохлов А.А.**

Николай II (Николай Александрович Романов) (19.05.1868-17.07.1918) – последний царь Российской Империи, сын Александра III. Отношение к личности Николая II его современниками и историками неоднозначно.

Трагедия жизни Николая II состояла в противоречии между его убеждением хранить основы и традиции России и нигилистическими попытками значительной части образованных слоев страны разрушить их. И речь шла не только о сохранении традиционных форм управления страной, но и спасении русской национальной культуры, которая, как он чувствовал, была в смертельной опасности. Разрушался нравственный стержень человека, высшие слои поддавались западному влиянию и стали вести развратный и непристойный образ жизни и то, что многие века считалось непозволительным, стало вполне возможным и одобряемым.

Многие историки отмечали «двойственность» личности Николая II. Он мог сочетать в себе хладнокровного, жестокого и порой категоричного правителя и в то же время примерного семьянина, любимого отца и мужа. Из писем Николая II своей жене императрице Александре Федоровне ясно, что чистый душой человек, который видит семью своей опорой.

Наше же отношение к личности Императора Николая II будет по возможности непредвзятым и лишь как к исторической личности. Любая власть данная человеку несет за собой груз ответственности. Время Николая II — это не только период национального подъема, но и время энергичной организации антирусских сил, проникновения их во многие жизненно важные центры России. Воспользовавшись навязанной России войной и трудностями, связанными с нею, внутренние враги России совершили государственный переворот, чем заставили Николая II отречься от престола и провести остаток жизни в заточении. Но и в самой стране среди народа существовали мнения о необходимости революции, и уже вполне давно она назревала и была не беспочвенна, а закончилось все жестокой расправой с царской семьей и приходом к власти большевиков.

## **ВЛИЯНИЕ ЧУМЫ НА ПАДЕНИЕ ЗОЛОТОЙ ОРДЫ**

**Мищенко А.Н., Мякина А.В., Мороз А.Ю.**  
**Харьковский национальный медицинский университет**  
**Научный руководитель – д.м.н., проф. Огнев В.А.**

Эпидемии чумы оставили большой след в истории человечества. В памяти людей остались воспоминания о беспощадном заболевании, уносившем жизни тысяч людей и наносившем ущерб, во много раз превосходящий губительные для общества последствия малярии, эпидемий сыпного тифа и других не менее «страшных» заболеваний. Удивительным остается тот факт, что возобновление эпидемий чумы происходило после целых столетий благополучия. Промежутки в 500 – 800 лет разделяют три самые страшные пандемии чумы в истории человечества.

Самый значительный след в истории человечества оставила наиболее серьезная из когда-либо существовавших пандемия так называемой «Черной смерти», уничтожившая треть всего населения планеты в период между 1346 и 1350 годами. Гибель такого огромного количества людей оказала драматическое влияние на развитие всего человеческого общества. Последствия болезни привели к массовым миграциям, социальным переворотам и войнам. Поскольку чума пришла из Средней Азии, она особенно сильно поразила Золотую Орду, уничтожив две трети ее населения, среди которого было множество ханов, эмиров, нойнов и других. Появившись в низовьях Дона и Волги чума опустошила столицу ханов и прилегающие города. В результате огромного количества умерших между 1350 и 1368 годами ослабленная Золотая Орда

утратила контроль над имевшим огромное экономическое значение Шелковым путем, в результате чего лишилась одного из основных источников дохода.

Эти потрясения привели к хаосу, во время которого трон в Сарае постоянно переходил из рук в руки, и способность Орды поддерживать силой свою власть на Руси оказался под угрозой. В свою очередь Москва превратилась в центр княжества, достаточно сильного, что бы бросить вызов Золотой Орде. С 1372 года князь Дмитрий Московский прекратил платить дани Орде, провоцируя военный конфликт с Мамаем. Войска же Мамаево, сильно пострадавшие во время эпидемии чумы, ни при каких условиях не могли предпринять набеги против Дмитрия. Итогом этому была Куликовская битва, где ослабленное чумой монгольское войско потерпело поражение, и ордынское ханство навсегда утратило мировое влияние.

## **К 25-ЛЕТИЮ ВЫВОДА СОВЕТСКИХ ВОЙСК ИЗ АФГАНИСТАНА**

**Гамисония Д. З., Сафина И. И., Асадуллина Г. Т.**  
**Казанский государственный медицинский университет**  
**Научный руководитель – асс. Хохлов А. А.**

Наш тезис посвящен к 25-летию вывода советских войск из Афганистана.

Многие средние общеобразовательные учреждения устраивают мероприятия, посвященные выводу советских войск из Афганистана. Это означает, что актуальность этой темы остается неизменной и по сегодняшний день. Мы заинтересовались этим особым пунктом истории отечества после посещения недавнего митинга в нашем городе, посвященного 25-летию события.

В католическое Рождество 1979 года Красная армия вошла в Афганистан. Война превратилась в катастрофу. Через десять лет советские войска покинули Афганистан, и это стало началом падения союза советских социалистических республик.

На лицах молодых, но вместе с тем рано постаревших мужчин, заметно облегчение. Они это пережили или сумели выжить. Военные проезжают на бронетранспортерах по «Мосту дружбы», единственному пути, соединявшему округ Мазари-Шариф и советский Узбекистан. На северной стороне моста их ждут родственники с приветственными табличками. Это было 15 февраля 1989 года. Через десять лет после входа советских войск в Афганистан, Красная Армия покидала страну.

Мост, построенный четырьмя годами ранее советскими силами, был украшен. Развешались красные флаги, на многих машинах были цветы, красные розы. Создавалось впечатление, что солдаты возвращались с победой. Но все было наоборот. Это было поражение, которое проходило несколькими этапами и в эту среду достигло своей конечной точки. Вскоре оно привело к изменению облика мира. Красная армия, один из сильнейших военных аппаратов в мире, была унижена.

С Рождества 1979 года в Афганистане находились советские войска, которые должны были поддержать находившееся у власти марксистско-ленинское правительство. До этого протесты против социальных и аграрных реформ переросли в гражданскую войну. Самой большой силой были радикальные моджахеда, они начали получать превосходство над коммунистами.

Вывод советских войск из Афганистана является одним из ключевых моментов развития нынешней Российской Федерации, поэтому эту важную дату мы, молодежь, должны знать и помнить.

## **ПРОФЕССОР ЗАВАДСКИЙ ИГОРЬ ВЛАДИМИРОВИЧ: КАЗАНСКИЙ ПЕРИОД РАБОТЫ**

**Мухаметова Д.Д.**  
**Казанский государственный медицинский университет**  
**Научный руководитель – д.м.н., проф. Абдулганиева Д.И.**

Ежегодно в Ростовском государственном медицинском университете проводится терапевтическая конференция «Завадские чтения». Она посвящена памяти выдающего профессора Завадского. Казанский государственный медицинский университет может гордиться тем, что Игорь Владимирович Завадский не только выпускник нашего вуза, но и многие годы успешно работал в нем. После окончания учебы в Казани его принимают в факультетскую терапевтическую клинику Казанского Императорского университета сначала штатным ординатором, затем лаборантом. Далее в 1904-1906 гг. он участвует в войне с Японией: работал младшим врачом 39-го Военно-санитарного поезда.

После этого он едет в Санкт-Петербург и работает в Физиологическом отделе И.П. Павлова в Институте экспериментальной медицины, и под его руководством защищает диссертацию на тему «Материалы к вопросу о торможении и растормаживании условных рефлексов».

В 1913 г. Игорь Владимирович возвращается в Казань. В это время на медицинском факультете Казанского Императорского университета объявляется конкурс на замещение вакантной должности заведующего кафедрой врачебной диагностики. Для рецензии И.В. Завадский представил 10 научных трудов, на которые дали отзывы выдающиеся профессора того времени. Среди них имелся критичный отзыв В.Ф. Орловского, касающийся работы «Клинические наблюдения над фосфором крови». Большинство голосов профессор Завадский избирается на эту должность. Он продолжал развивать научные направления кафедры, читал лекции студентам. Следует отметить, что И.В. Завадский не остался равнодушным к критике профессора Орловского, написал встречную статью «Критика на отзыв профессора Орловского», где Игорь Владимирович раскрывается как опытный клиницист и видный научный деятель.

В 1916 г. профессор Завадский переехал в Ростов-на-Дону на должность заведующего кафедрой госпитальной терапии на медицинском факультете Варшавского университета. Почти 20 лет он трудился на этой кафедре. Умер И.В. Завадский 27 декабря 1944 г. в Ростове-на-Дону.

«Завадские чтения» - это дань уважения его учеников в Ростове и Казани. Мы чтим память нашего земляка.

## **ЭТАП ОРГАНИЗАЦИИ И ФОРМИРОВАНИЯ ЦЕНТРА МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ И МЕДИЦИНСКОЙ НАУКИ В КАЗАНИ**

**Шамсутдинова Н.Г., Халфина Т.Н., Хуснутдинова Л.А.**  
**Казанский государственный медицинский университет**  
**Научный руководитель – д.м.н., проф. Абдулганиева Д.И.**

Казанская терапевтическая школа одна из старейших школ России у любого человека, имеющего отношение к медицине, не может не вызывать - гордость и уважение. Ее начало было положено 5(17) ноября 1804 г., когда одновременно с Утвердительной Грамотой Императорского казанского университета императором Александром 1 был подписан его Устав. В

числе четырех отделений, согласно Уставу 1804 года, значился факультет врачебных или медицинских наук. Это отделение включало четыре кафедры, и в их числе значилась кафедра патологии, терапии и клиники. Однако исторической датой основания медицинского образования в Казани считается 2 (14) мая 1814 – дата открытия отделения врачебных наук в Императорском Казанском университете. Но фактически кафедра терапии была создана еще в 1810 г., после прибытия в Казань молодого профессора медицины Виттенбергского университета Ф. Х. Эрзмана – врача, естествоведа, лингвиста, вошедшего в историю в качестве основателя клинического преподавания и первого декана медицинского факультета. В 1817 году, получив предложение занять кафедру в Дерптском университете, Ф. Х. Эрзман покидает Казань. После отъезда профессора Эрзмана кафедру патологии, терапии и клиники с 1818-1833 гг. возглавлял выдающийся ученый-естествоиспытатель Карл Федорович Фукс. Назначение Карла Федоровича оказало большое влияние на дальнейшее развитие терапевтической школы Казани. Карл Фукс, врач по образованию, воспитанник Геттингенского и Марбургского университетов, был личностью многогранной. Как клиницист он был поклонником немецкой натурфилософской школы. С 1835 г. началась профессорская деятельность Никанора Алексеевича в Казанском университете, которая ознаменовала начало формирования центра медицинского образования и науки. В период 1837-1863 гг. Н.А. Скандовский заведовал кафедрой терапевтической клиники, душевных болезней и патологической семиотики, а в 1858 г. он был назначен профессором терапевтической клиники. Яркий след в истории клиники внутренних болезней Казанского университета оставила педагогическая деятельность Н. А. Скандовского. Не одно поколение медиков, получивших образование в Казани, с благодарностью вспоминало имя талантливого клинициста.

Именно с именами Ф.Х. Эрзмана, К.Ф. Фукса, Н.А. Скандовского связано зарождение и формирование клинического преподавания.

### **«ЗОЛОТОЙ ВЕК» КАЗАНСКОЙ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ШКОЛЫ**

**Хуснутдинова Л.А., Шамсутдинова Н.Г.**

**Казанский государственный медицинский университет**

Вторая половина XIX века стала для казанской медицины временем расцвета, в этот период в Казани формировались и развивались медицинские научные школы, совершались яркие открытия, происходили реформы в клиническом преподавании. Период 1863-1917 годов называют «золотым веком» казанской медицинской школы.

Начало этого периода ознаменовано появлением в Казанском университете ярчайшей личности, ученого-терапевта Н. А. Виноградова. С его именем связан переход воззрений и взглядов в клинику внутренних болезней на твердые научные основы, сохраняющиеся и в настоящее время, внедрение физиологического, функционального направления во внутреннюю медицину. Среди заслуг Н.А. Виноградова – создание первой в Казани клинической лаборатории, введение обязательных патологоанатомических вскрытий, термометрии и многое другое.

Продолжателями дела Н. А. Виноградова стали его ученики – П. И. Левитский, М. А. Хомяков, М.Ф. Субботин, Н. И. Котовщиков. Заслуги С. В. Левашова, Н. А. Засецкого в развитии основных направлений терапии также являются общепризнанными. Благодаря их трудам клиника внутренних болезней Казанского университета заняла видное место среди терапевтических школ России.

Неоценим вклад в развитие кардиологии А. Н. Казем-Бека. Его исследования много значат для понимания происхождения тонов сердца, отмеченный им диагностический признак аневризмы левого желудочка получил название «симптом Казем-Бека», употребляющийся до настоящего времени. Он одним из первых понял значение электрокардиограммы для практической медицины, в его клинике в 1908 году А. Ф. Самойлов записал первую в России электрокардиограмму. В 2014 году, в год 200-летия казанской медицинской школы, исполняется 155 лет со дня рождения А.Н. Казем-Бека.

Не менее значимой в этот период была педагогическая деятельность терапевтов. Реформатором в этой области вновь стал Н. А. Виноградов, разработавший программы преподавания внутренних болезней, основой которых стало привитие студентам клинического мышления.

«Золотой век» казанской терапевтической школы завершили два выдающихся терапевта – В. Ф. Орловский, известный исследованиями заболеваний желудочно-кишечного тракта и фтизиатрии, и С. С. Зимницкий, считающийся основоположником отечественной нефрологии.

### **КАЗАНСКОЕ НАУЧНОЕ СООБЩЕСТВО И САРАТОВСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ: АРХИТЕКТОНИКА СВЯЗИ**

**Суворов В.В.**

**Саратовский государственный медицинский университет**

Взаимоотношения ученых Казани и Саратова представляет собой пример поддержания и укрепления межвузовских научных и образовательных контактов, многие из которых имеют свою давнюю историю и традицию. Саратовский государственный университет, открытый в 1909, году сначала имел только один факультет – медицинский, который стал основой саратовского высшего медицинского образования.

Создание нового университета в Саратове имело широкий общественный резонанс, показателем которого стали многочисленные письма-приветствия на открытие университета, в том числе и от казанского научного сообщества.

В Приветствии от Казанского университета говорится, что Казанский Университет, несший более ста лет «обширную и нелегкую, но в высшей степени благородную» миссию «светоча и рассадника знания и высшего образования» в Поволжье теперь уступает ее часть новому Саратовскому Университету. При этом отмечалось, что «Как по предстоящим ему культурно-просветительским задачам, так и по своей начальной организации, Саратовский университет по всей справедливости является плотью от плоти и костью от кости Университета Казанского: представители науки, ставшие первыми глашатаями высшего знания в Саратове, в большей своей части родились духовно в Университете Казанском»

В «Приветствиях» выражается надежда, что «пребудет и укрепится на вечные годы любовь и духовное братское единение между обоими поволжскими храмами высшего знания». Среди подписавших приветствие был декан медицинского факультета, ординарный профессор Н. Миславский.

Новому «рассаднику просвещения» направили свой привет и представители Общества Врачей при Казанском университете. Авторы в открытии новых университетов видели залог истинного обновления России, так как «только знание и наука обеспечивают культурное преуспеяние и силу и славу нашей страны» и выражали уверенность, что с «открытием университета в Саратове в истории Поволжья наступит новая эра». Надежда в этом особенно поддерживается тем, что во главе Саратовского университета встал один из видных деятелей Казанского университета, В.И. Разумовский, почетный член Общества Врачей, который «несомненно, внесет в жизнь молодого учреждения начала свободного научного исследования и

дух истинной академической автономии, встретив в этом отношении поддержку и среди своих сослуживцев, в числе которых есть немало членов нашего Общества».

Так, казанское научное сообщество уже при открытии Саратовского университета возлагало на него большие надежды, воспринимая его как преемника научных и образовательных традиций Казанского Университета и рассчитывало на дальнейшее плодотворное сотрудничество между университетами.

## **КАЗАНСКАЯ ТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ ШКОЛА В ВОЕННОЕ И ПОСЛЕВОЕННОЕ ВРЕМЯ**

**Нуруллина Г.И., Кириллова Э.Р.**

**Казанский государственный медицинский университет**

Налаженная система клинической и научной деятельности казанской терапевтической школы была прервана начавшейся 22 июня 1941-го года Великой Отечественной войной (ВОВ). Война перестроила и научную деятельность медицинского института, однако учебный процесс не был приостановлен ни на день. Консультантами эвакогоспиталей стали представители всех терапевтических кафедр - Н.К.Горяев, К.А.Дрягин, Б.Л.Мазур. В центре внимания становятся научные изыскания по заболеваниям, участвовавшим во время войны – пневмонии, гиповитаминозам, алиментарной дистрофии, септической ангины, исследования А.Г.Терегулова, З.И.Малкина, В.И.Катерова, изыскания Н.К.Горяева.

После окончания ВОВ деятельность терапевтической школы перестраивается на мирный лад и получает дальнейшее развитие ее научный потенциал. В 1952 году медицинский институт переходит на 6-летний срок обучения и введение на 6-м курсе специализации, в том числе по терапии. Происходит расширение клинической базы казанской школы терапевтов за счет новых филиалов в 7-й, 6-й городских больницах. Терапевтическая школа получает в свое распоряжение весь терапевтический стационар 1-й городской больницы.

В 1953 году в жизни казанской терапевтической школы происходят большие изменения. На базе большинства клиник, в частности тех, которые находились в здании «Старой клиники», создается первое многопрофильное лечебное учреждение республики – республиканская клиническая больница (РКБ). Ведется активная общественно-организационная деятельность всех терапевтических кафедр. Сфера научных интересов чрезвычайно разнообразна: клиническая витаминология, актуальные вопросы ревматизма, проблемы сердечно-сосудистых заболеваний (атеросклероз, гипертоническая болезнь), изучение обменных процессов, язвенной болезни, легочной патологии. Вокруг этих направлений формируются работы опытных ученых и клиницистов - С.И.Щербатенко, В.Е.Анисимова, И.Л.Билич, Р.Ш.Дашевской, А.М.Милославской.

Деятельность казанской терапевтической школы в тяжелые военные и послевоенные годы не только не приостанавливается, но и совершенствуется, принимая новые планы, развивая перспективные направления. Бесспорно, можно гордиться ее успешной учебной, научной, лечебной работой и теми, кто ее осуществлял.

## **КАЗАНСКАЯ ТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ ШКОЛА В ДОВОЕННЫЙ ПЕРИОД**

**Нуруллина Г.И., Кириллова Э.Р.**

**Казанский государственный медицинский университет**

Период 1917-1930 гг. прошел под эгидой трех выдающихся профессоров М. Н. Чебоксарова, С. С. Зимницкого и Н. К. Горяева. Следовать прежде всего долгу врача и велениям совести было естественным для М.Н. Чебоксарова. Особенно активное участие Михаил Николаевич Чебоксаров принимал в работе Общества врачей при Казанском университете. Профессор Михаил Николаевич Чебоксаров был крупнейшим врачом-клиницистом, умевшим сочетать обширную эрудицию с высоким искусством практического применения своих знаний у постели больного. Большая эрудиция и громадный клинический опыт позволяли ему быстро решать диагностические вопросы, а также конкретизировать лечебные мероприятия. Михаил Николаевич много и постоянно обдумывал диагнозы больных. Он мог в любое время суток прибыть в клинику, чтобы уточнить у больного какую-нибудь деталь, проверить еще раз тот или иной симптом, необходимые для подтверждения уже сформированного диагноза.

В не менее сложных условиях начиналась деятельность Н. К. Горяева на посту заведующего кафедрой госпитальной терапии. Тем не менее именно к этому периоду принадлежат его лучшие работы по гематологии. Н. К. Горяев также принимал активное участие общественной жизни, будучи членом Высшего санитарного совета при Казанском отделе здравоохранения. Весомым вкладом в развитие терапевтической науки стали исследования С. С. Зимницкого в области кардиологии, пульмонологии и особенно в нефрологии, где был внедрен новый функциональный подход к диагностике заболеваний почек. Огромную деятельность по организации учебного процесса на кафедрах, оснащению клинических баз профессора сочетали с активными научными изысканиями и широкой общественной деятельностью в этот период.

## **НОВЫЙ ВЗГЛЯД НА ГЕНЕЗИС «ПОГРОМА БАСУРМЕН» 1262 Г.**

**Галимов Т.Р.**

**Казанский государственный университет**

В начале 60-х г. перед митрополитом возникают новые трудности во взаимоотношении с Ордой, вызванные процессами исламизации в самой Орде. В итоге Церковь была вынуждена защищать свои интересы и в этот период грубо противостоять конкурирующей исламизации русских земель. Погром «басурмен» (мусульман), происходивший в 1262 году, показал, что и в стесненных обстоятельствах церковь крепко охраняла свои территории и жестко подвигала на борьбу с теми, кто эту целостность нарушал. Вот как погром описывает в красках летописец: «В лѣтѣ . #s . ѱ . о . [6770 (1262)] Избави Бъѣ ѿ лютаго томленьѣ басурменьскаго . люди Ростовскіѣ землѣ . вложи ѿрость въ срѣдѣ крѣстьѣномъ . не терпѣще насильѣ поганыхъ . изволиша вѣчь и выгнаша из городовъ . из Ростова . изъ Володимерѣ . ис Суждалѣ изъ ѿрославлѣ . изгнаша иныхъ избѣша ...» (ПСРЛ Т.1. Стб. 476).

Полное отсутствие полномасштабной реакции Орды на произошедшие погромы, говорит, возможно, о небольшой распространённости или даже возможного неприятия исламской веры среди баскаков, представителей золотоордынской администрации на местах. Возможно и то, что баскакам, прежде являвшимся представителями некогда монгольской империи, претито принимать, и тем более бороться за новомодный золотордынский ислам, приходящий взамен традиционных верований. Не исключено, что подобные стычки рассматривались ими скорее как столкновение местных интересов, которые не имели принципиальных по значению и не несли угрозу Орде, иначе неминуемо последовала бы «рать».

Также есть вероятность того, что подобное столкновение могли быть и на руку старой монгольской гвардии показывавшей свою силу влиять на новоявленных правителей-исламистов в среде золотоордынской администрации. Очевидно, что и митрополит Кирилл II(III) и князь Александр Ярославич и епископ Ростовский Кирилл знали и возможно даже способствовали организованному погрому иначе бы Ростовский погром с которого все началось вряд ли бы распространился далее на Владимир и Суздаль.

## **ЭТАПЫ СТАНОВЛЕНИЯ И РАЗВИТИЯ КАЗАНСКОЙ ШКОЛЫ ТЕРАПЕВТОВ**

**Халфина Т.Н.**

**Казанский государственный медицинский университет**

Исторической датой основания медицинского образования в Казани считается 14 мая 1814 – дата открытия отделения врачебных наук в Императорском Казанском университете, но фактически кафедра терапии была создана еще в 1810 г. после прибытия в Казань профессора Виттенбергского университета Ф. Х. Эрдмана – врача, естествоведа, лингвиста, ставшего основателем клинического преподавания и первым деканом медицинского факультета и проработавшего в Казани до 1817 года. После него кафедру патологии, терапии и клиники возглавлял выдающийся ученый-естествоиспытатель Карл Федорович Фукс. Именно с именами Ф.Х. Эрдмана и К.Ф. Фукса связан этап становления казанской медицины, зарождение клинического преподавания внутренних болезней.

Ученик К.Ф. Фукса Н.А. Скандовский стал первым русским клиницистом-терапевтом в Казанском университете. Деятельность Н.А. Скандовского на посту руководителя терапевтической кафедры нельзя отделить от значимого события – открытия в 1840 году знаменитой Университетской клиники («Старая клиника»). Позже инициатором открытия госпитальной клиники в Казани стал И.Г. Линдгрэн, возглавляющий кафедру частной патологии и терапии.

Время с 1863 по 1917 год называют «Золотым веком» казанской терапии, он связан с такими именами, как Н.А. Виноградов – научный основатель казанской внутренней медицины, С.В. Левашов, А.Н. Казем-Бек, В.Ф. Орловский, С.С. Зимницкий и другие замечательные ученые-терапевты.

Период Октябрьской революции и гражданской войны стали серьезным испытанием для сохранения полноценной деятельности медицинского факультета. В истории терапии период 1917-1930 гг. прошел под эгидой трех профессоров – родоначальника эндокринологии М. Н. Чебоксарова, выдающегося нефролога С. С. Зимницкого и основоположника отечественной гематологии Н. К. Горяева. В довоенное время в Казани начали работать выдающиеся ученые-терапевты З.И. Малкин и А.Г. Терегулов. Налаженная система научной и педагогической деятельности была прервана начавшейся Великой Отечественной войной.

Каждая эпоха, каждый этап развития казанской терапевтической школы оставляет истории новые имена и новые достижения, вызывающие у всех, имеющих отношение к медицине, гордость и уважение.

## **ЭВОЛЮЦИЯ ПРЕПОДАВАНИЯ ТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ ДИСЦИПЛИН ВО ВРЕМЕНОМ СРЕЗЕ**

**Шамсутдинова Н.Г.**

**Казанский государственный медицинский университет**

**Научный руководитель - д.м.н., доц. Абулганиева Д.И.**

Более чем 200-летний путь служения медицине, научные поиски и достижения, судьбы десятков людей, имевших и имеющих честь принадлежать к славной плеяде казанских терапевтов...

А началось все 5(17) ноября 1804 г., когда императором Александром 1 был подписан его Устав. 26 июля (7 августа) 1835 года в России был утвержден новый университетский Устав. В Казанском университете Устав был введен в действие с августа 1837 года. В этот период с именами Ф.Х. Эрдмана, К.Ф. Фукса, Н.А. Скандовского связано зарождение и формирование клинического преподавания казанской терапевтической школы. 18(30) июня 1863 года был утвержден Общий Устав российских Императорских университетов. В факультетскую терапевтическую клинику была реорганизована кафедра терапевтической клиники, душевных болезней и семиотики. Была создана госпитальная терапевтическая клиника.

Вторая половина XIX века стала для казанской медицины временем расцвета, в этот период в Казани формировались и развивались медицинские научные школы, совершались яркие открытия, происходили реформы в клиническом преподавании. Период 1863-1917 годов называют «золотым веком» казанской медицинской школы.

В 1884 году был разработан новый университетский Устав, согласно которому кафедра частной патологии и терапии разделилась на две: кафедру частной патологии и терапии и врачебной диагностики с пропедевтической клиникой. В 1926 г. они объединились под названием «кафедра пропедевтики внутренних болезней». Два других подразделения терапевтического профиля – факультетская и госпитальная терапевтическая клиники функционировали до 1930 года, когда медицинский факультет Казанского университета был реорганизован в самостоятельный медицинский институт. Налаженная система учебной, научной и педагогической деятельности КГМИ была прервана Великой Отечественной войной. Работа всех кафедр, в том числе и терапевтических, была перестроена и подчинена военному времени.

70-80 гг. в истории казанской терапевтической школы – это создание новых кафедр – туберкулеза, эндокринологии, физиотерапии и лечебной физкультуры, клинической фармакологии и внутренних болезней. Созданную в результате объединения кафедр факультетской и госпитальной терапии единую кафедру внутренних болезней № 1 в 1983 году возглавил И.Г. Салихов. Перелистывая страницы почти 200-летней истории казанской терапевтической школы, можно только восхищаться и гордиться масштабом ее деятельности и теми, кто ее осуществлял. «Сколько славных великих имен здесь рождалось и будет рождаться...».

# КАНЦЕРОГЕННАЯ ОПАСНОСТЬ: РЕАЛИИ И ПЕРСПЕКТИВЫ

## РАЗВИТИЕ ПРОСТАТОПАТИЙ ВО ВЗАИМОСВЯЗИ С ФАКТОРАМИ ТРУДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

**Мисюкевич Н.Д.**

**Челябинская государственная медицинская академия  
Научный руководитель – д.м.н., проф. Казимирова А.А.**

Введение. В течение последних лет диагностика и лечение рака предстательной железы привлекают внимание врачей. В России показатель смертности увеличился по сравнению с 1980 годом на 50 %.

Цель. Дать статистико-морфологическую характеристику простатопатий с учётом профессиональных вредностей по материалам Челябинского областного клинического онкологического диспансера на примере г. Златоуста.

Методы исследования. Анализ карт амбулаторного больного, патологоанатомических заключений, исследование биоптатов предстательной железы; обработка данных с помощью программы Statistica 6.0.

Полученные результаты. Возраст больных находился в интервале от 45 до 65 лет. Если проследить распределение пациентов по городам – Златоуст – 25%, Челябинск – 16%, Чебаркуль – 6,7%, Троицк – 6, 25% и т.д. Анализ вредных факторов показал, что большинство пациентов работали с огромным спектром опасных факторов – тепловое излучение металлов, вибрация. По Златоусту пик заболеваний приходится на пожилой и старческий возраст с повышением уровня заболевания аденокарциномы предстательной железы умеренной степени дифференцировки и хронического простатита.

Заключение. Среди пациентов с простатопатиями преобладают пожилые люди, городские жители, причем занятых тяжелым физическим трудом и имеющих контакт со спектром физических факторов. Пик приходится на пожилой возраст, тогда же наблюдается достоверное повышение аденокарциномы предстательной железы и хронического простатита.

## ОЦЕНКА ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ РИСКОВ ДЛЯ ЗДОРОВЬЯ У РАБОТНИКОВ РЕЗИНОТЕХНИЧЕСКОГО ПРОИЗВОДСТВА

**Михеева А.А., Матвеев Д.В.**

**Казанский государственный медицинский университет  
Научный руководитель – д.м.н., проф. Ситдикова И.Д.**

В резиновой промышленности применяются разнообразные по химическим свойствам и биологическому действию соединения. Среди них есть вещества, относящиеся к высокотоксичным, в частности тиурам и свободные нафтиламины. Но и такие вещества, как сажа и тальк, могут быть загрязнены техническими примесями, в том числе канцерогенными.

Результаты эпидемиологических исследований, в основном зарубежных, свидетельствуют о канцерогенной опасности производства резины для работников, занятых на различных операциях – от подготовки сырых материалов до обработки готовой продукции. Установлена причинная связь между действием ароматических аминов и раком мочевого пузыря, растворителей и лейкозами у работников данного производства, на основании чего оно отнесено к канцерогенно – опасным.

Результаты исследований рабочих резинового производства свидетельствуют о повышенном риске развития у них злокачественных новообразований легкого, желудка, толстой кишки, мочевого пузыря, кроветворной и лимфатической системы, поджелудочной, предстательной, щитовидной желез, головного мозга, желчного пузыря, желчных путей и другие. На основании этого оно отнесено к канцерогенноопасным для человека. Социальная значимость проведения таких работ в нашей стране усиливается, на этом производстве большое число женщин репродуктивного возраста. Экспозиция к вредным профессиональным факторам может реализоваться и в действии на потомство.

## ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ ДОЛГОЛЕТИЕ. МЕДИКО-БИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ

**Яванова А.В., Ситдилов А.Р.**

**Казанский государственный медицинский университет  
Научный руководитель – д.м.н., проф. Ситдикова И.Д.**

По данным многочисленных исследований, точка наивысшего подъема в различных областях профессиональной деятельности приходится на возраст от 20 до 45 лет. Но известно достаточно много примеров, когда человек продолжает свою творческую деятельность и после 60-70 лет. Психологические закономерности протекания заключительной фазы продуктивной деятельности профессионала, а также специфическое действие факторов, определяющих профессиональное долголетие на этой стадии, заслуживают более подробного рассмотрения, нежели это происходит на данном этапе времени.

Исследование проводилось аналитическим методом с целью изучения факторов и медико-биологических аспектов профессионального долголетия

Главными факторами профессионального долголетия психологи считают благоприятную социально-психологическую обстановку, плодотворный творческий труд, психологическое время личности и возможности регуляции психологического возраста. Но фундамент профессионального долголетия закладывается на всем протяжении продуктивной жизни человека, начиная с этапа выбора профессии. Поэтому важно способствовать профессиональному долголетию уже с этапа подготовки рабочих кадров.

## ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ НАСЕЛЕНИЯ ГОРОДА КАЗАНИ

**Сафаргалиева А.Р., Гильманова Г.Ш., Ахтямова Л.А.**

**Казанский государственный медицинский университет  
Научный руководитель – д.м.н., проф. Ситдикова И.Д.**

Здоровье населения является важнейшим компонентом экономического, социального и культурного развития страны и представляет собой интегральный показатель качества окружающей среды. Состояние здоровья населения определяется следующими составляющими: образом жизни (50 %), наследственностью (примерно 20 %), состоянием окружающей среды (около 20 %), уровнем и качеством медицинской помощи населению (приблизительно 10 %). По их изменению можно прогнозировать состояние здоровья, при этом основное внимание следует уделять особенностям формирования экологической обстановки. В настоящее время проблема взаимодействия общества и окружающей среды приобретает особо актуальное



значение и относится к числу глобальных проблем современности. Это связано с серьезным антропогенным загрязнением внешней среды.

Практически все производства (заводы и фабрики) вызывают такого рода проблемы, а поскольку большинство из них сосредоточено в городах - концентрация различных веществ в воздухе и воде представляют большую опасность для здоровья людей.

Цель исследования состоит в обосновании путей совершенствования организационных технологий медицинской профилактики факторов риска у населения муниципального образования.

Проведение анализа данных научной литературы, нормативных и правовых документов, обобщающих влияние факторов внешней среды показало необходимость совершенствования профилактических мероприятий за здоровьем различных контингентов населения в амбулаторно-поликлинических учреждениях здравоохранения крупного промышленного города.

## **ВОПРОСЫ СОЦИАЛЬНОГО ВЗРОСЛЕНИЯ ПОДРОСТКОВ**

**Косоротова Е.С., Гимадиев А.Ф.**  
**Казанский государственный медицинский университет**  
**Научный руководитель – д.м.н., проф. Ситдикова И.Д.**

На протяжении всей жизни человека окружающие его реалии сильно трансформируются, меняются условия жизни, а вследствие этого и особенности взросления подрастающего поколения. Постоянно меняется система взаимодействия человека с миром. Психологами отмечается, что чем динамичнее культура, тем заметнее, что каждое новое поколение имеет отличный от других поколений свой образ мира, систему взаимодействия с ним; человеку важно непрерывно выстраивать адекватное взаимодействие с окружающим миром. При этом роль самого человека как субъекта взросления постоянно возрастает. Общество выдвигает новые требования к современной личности - способность к самостоятельной постановке жизненных целей, возможность осуществлять личный, свободный выбор, уверенность в себе, независимость. При этом важную роль играет такое внутриличностное образование как доверие к себе, которое в подростковом возрасте становится относительно устойчивым.

Целью исследования явилось изучение особенностей взросления подростков, воспитывающихся в разных социальных условиях и имеющих разный опыт доверительных отношений с близкими взрослыми аналитическим методом.

Процесс взросления по-разному происходит в определенных социальных ситуациях развития. О проблемах подростков, которые воспитываются вне и без семьи, т.е. в детском доме, важно говорить не как об атипичном взрослении, а как об атипичных условиях развития, которые препятствуют формированию оптимальной меры выраженности доверительных отношений, что непременно сказывается на процессе взросления. Но такие атипичные условия развития могут возникнуть и у подростков, которые воспитываются в семье. Это связано с тем, что в современном обществе прослеживается картина деформированных взаимоотношений взрослых и детей в целом. Поэтому на лицо дефицит внимания, уважения к ребенку.

## **САНИТАРНО-ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА УСЛОВИЙ ТРУДА ВАЛЬЦОВЩИКОВ**

**Семенов В.П., Сабирова И.Ш.**  
**Казанский государственный медицинский университет**  
**Научный руководитель – д.м.н., проф. Ситдикова И.Д.**

Вальцовка (вальцевание) — это технологическая операция деформирования листового материала (например, жести) вдоль некоторого направления или радиального деформирования трубы. Часто, особенно в промышленных масштабах, вальцовка листов осуществляется в ковочных вальцах, а труб — с помощью специального инструмента - вальцовки, откуда и произошло название данной операции. Обработке подвергаются любые пластичные металлы, резиновые смеси, пластмассы. С помощью вальцевания получают готовые детали, точные заготовки для штамповки и др.

Цель исследования: выявить производственные факторы, оказывающие отрицательное влияние на здоровье работника.

Вальцовщик обслуживает стан во время работы клетей в непосредственной близости от раскалённых заготовок. При этом вальцовщики подвергаются воздействию высокой температуры воздуха (до 35 °С) и сильной инфракрасной радиации (до 7700 Вт/м<sup>2</sup>) в течение 42 и 62 % времени рабочей смены соответственно, что приводит к напряжению аппарата терморегуляции. Последнему обстоятельству способствует также физический труд в условиях нагревающего микроклимата, который, по нашим данным, занимает 28,6 % времени рабочей смены.

Сочетание тепловой нагрузки с физической активностью обуславливает значительное напряжение сердечно – сосудистой системы, нервно – мышечной и дыхательной систем.

## **ТЕХНОЛОГИИ МАШИНОСТРОИТЕЛЬНОГО ПРОИЗВОДСТВА. ТЯЖЕЛОЕ МАШИНОСТРОЕНИЕ.**

**Ионова У.А., Лысенко А.И.**  
**Казанский государственный медицинский университет**  
**Научный руководитель – д.м.н., проф. Ситдикова И.Д.**

В мировом приборостроении решающее значение приобрела инновационная составляющая, без повышения доли которой в производственных циклах сохранить уровень конкурентоспособности выпускаемой продукции невозможно. Сейчас в зарубежных приборостроительных компаниях затраты на проведение НИОКР составляют от 3% (у европейских и американских компаний) до 10% (у компаний в азиатских странах) от оборотных средств. Российские же предприятия эту мировую тенденцию поддерживать не в состоянии вследствие общего кризиса в экономике и отсутствия на предприятиях финансовых средств для проведения исследований и опытных разработок.

Важнейшим условием развития предприятий отрасли должна служить государственная промышленная политика, которая могла бы обеспечивать создание благоприятного климата для привлечения в отрасль как внутренних, так и внешних инвестиций для проведения технологического перевооружения предприятий отрасли.

Интенсивное развитие авиастроения связано с созданием сверхзвуковых самолетов, пассажирских самолетов новых поколений, а также с применением в авиастроении нержавеющей высокопрочных сталей и титановых сплавов. Для технологического обеспечения производства разработаны такие процессы, как изготовление деталей и моноблочных элементов конструкций на станках с числовым программным управлением; электрохимическая и электрофизическая, электронно-лучевая и лазерная обработка, виброупрочнение поверхностей деталей. Продолжается совершенствование изготовления деталей и узлов из легких цветных и жаропрочных сплавов.

## **КАНЦЕРОГЕННАЯ ОПАСНОСТЬ В УСЛОВИЯХ МАШИНОСТРОИТЕЛЬНОГО ПРОИЗВОДСТВА**

**Давыдов М.И., Гильманова Г.Ш.**  
**Казанский государственный медицинский университет**  
**Научный руководитель – д.м.н., проф. Ситдикова И.Д.**

Обеспечение оптимальных условий укрепления здоровья населения является приоритетной проблемой общества и государства на современном этапе. Проблема борьбы с онкологическими заболеваниями является одной из главных медико-биологических проблем современности. Ретроспективный анализ многочисленных программ противораковой борьбы среди трудоспособного населения показал их малую эффективность, связанную с рядом причин и, в первую очередь, с отсутствием или недостаточностью сведений о профессионально обусловленной онкологической заболеваемости, факторах риска развития злокачественных новообразований у рабочих, отсутствием финансирования.

Постановка темы исследования обусловлена острой проблемой канцерогенной опасности для населения и с целью совершенствования критериев её оценки, развитием теоретических, методологических и методических положений прогноза и управления рисками.

За последние 10 лет онкологическая заболеваемость населения в России увеличилась на 20%. В структуре смертности онкологическая патология прочно занимает 2 место. Значимым фактором канцерогенного риска является профессиональная патология, доля которой в этиологии достигает до 38%. Известно, что иммунный и гормональный статус, являются наиболее чувствительными при внешнем воздействии на организм.

Имеющиеся эпидемиологические данные, а также оценка канцерогенного риска для человека профессиональных факторов, проводимая Международной ассоциацией по изучению рака, показали, что ряд веществ, применяемых в промышленности, или промышленные процессы повышают риск развития злокачественных опухолей и являются канцерогенными для человека.

## **ВРЕДНОЕ ВОЗДЕЙСТВИЕ ХИМИЧЕСКИХ ВЕЩЕСТВ В НЕФТЕХИМИЧЕСКОЙ ПРОМЫШЛЕННОСТИ**

**Канашов Р.Н., Ахтямова Л.А.**  
**Казанский государственный медицинский университет**  
**Научный руководитель – д.м.н., проф. Ситдикова И.Д.**

Нефтехимическая промышленность является одной из самых важных отраслей химической промышленности. Данная отрасль занимается производством синтетических материалов и различных изделий, используя для этого продукты переработки нефти. На предприятиях нефтехимической промышленности производятся такие виды материалов как: каучук синтетический, сажа, полиэтилен, пропилен, этилен, бытовая химия и моющие средства, удобрения. То есть все, чем человек уже давно привык пользоваться в повседневной жизни.

Целью исследования явилось изучение влияния предельных и непредельных углеводородов на здоровье населения.

Большое значение в нарушении здоровья населения имеют канцерогенные соединения выбросов предприятий нефтехимической и нефтеперерабатывающей промышленности.

В выбросах этих предприятий присутствует широкий ассортимент загрязнителей - компоненты исходного сырья, промежуточные, побочные и целевые продукты синтеза.

Известно огромное количество полициклических ароматических углеводородов (ПАУ), соединения этой группы очень распространены и встречаются практически во всех сферах окружающей человека среды. Особое значение для всех ПАУ имеет бенз(а)пирен.

Жители таких районов болеют в 1,6—1,8 раза чаще, чем жители экологически чистых районов. При этом в радиусе проживания до 3 км от предприятий нефтехимии заболеваемость выше в 2,6 раза, от 3 до 6 км — в 2,3 раза, от 6 до 10 км — в 1,4 раза по сравнению с жителями других районов. Особенно часто регистрируют заболевания органов дыхания, пищеварения, центральной нервной системы. Установлено, что резко выраженная реакция организма наблюдается даже на расстоянии до 20 км от места расположения таких производств.

## **РИСК ОТ ВОЗДЕЙСТВИЯ ХИМИЧЕСКИХ ВЕЩЕСТВ В УСЛОВИЯХ АВТОМОБИЛЕСТРОЕНИЯ**

**Ильдарханов Р.Р., Балабанова Л.А.**  
**Казанский государственный медицинский университет**  
**Научный руководитель – д.м.н., проф. Ситдикова И.Д.**

Практически на всех предприятиях автомобилестроения имеются рабочие места или производственные участки, на которых работники могут подвергаться воздействию канцерогенных факторов. Вредные факторы имеют место на всех этапах автопромышленного производства. В литейном производстве это приготовление и загрузка в печи плавильной шихты, процессы плавки металла, заливка его в формы и выбивка изделий, сопровождающаяся выделением токсичных газов и тепла.

Применение химических веществ и полимерных материалов при изготовлении и обработке литевых форм, а также разнообразных флюсов и легирующих добавок приводит к поступлению в воздух рабочих помещений аэрозоля расплавляемых металлов (бериллий, марганец, свинец, хром), флюсов, химикатов, токсичных паров и газов (фтористый, хлористый и цианистый водород, оксид углерода, акролеин, фенол, формальдегид).

Риск от воздействия химических веществ на рабочих местах литейных цехов варьирует от 0,7 до 1752,11.

## **КАНЦЕРОГЕННЫЕ ФАКТОРЫ ОСНОВНЫХ ПРОИЗВОДСТВ В МАШИНОСТРОЕНИИ**

**Курицина Е.В., Сабирова И.Ш., Гильманова Г.Ш.**  
**Казанский государственный медицинский университет**  
**Научный руководитель – д.м.н., проф. Ситдикова И.Д.**

В кузнечно-прессовых цехах промышленного объекта машиностроительного профиля (канцерогеноопасный) при применении в качестве топлива (твердого, жидкого) угле- или нефтепродуктов в воздушную среду на рабочих местах выделяется пыль (концентрация которой превышает ПДК в 3-10 раз), монооксид углерода, сажа, продукты термической деструкции топлива.

В механических цехах при работе на металлорежущих станках на организм работника оказывает действие пыль, шум, вибрация, а также применяемые смазочно-охлаждающие жидкости (СОЖ). Именно смазочно-охлаждающие жидкости (СОЖ), в том числе жидкости на масляной и водной основе, с различными добавками (сера, фосфор, их соединения), полимерные композиции, поверхностно-активные вещества, являются основным компонентом работы металлорежущих станков. Наиболее широко используются нефтяные минеральные масла и их эмульсии

В изученных цехах неканцерогенные риски в зависимости от типа веществ составляют от 0,37 до 1689. Канцерогенный риск от изолированного воздействия бенз(а)пирена -  $3,28 \cdot 10^{-7}$ .

#### **УРОВНИ КАНЦЕРОГЕННОГО РИСКА ОТ ИЗОЛИРОВАННОГО ВОЗДЕЙСТВИЯ БЕНЗАПИРЕНА**

**Иванова Т.В., Матвеев Д.В., Вазиев И.К.**  
**Казанский государственный медицинский университет**  
**Научный руководитель – д.м.н., проф. Ситдикова И.Д.**

Современная автопромышленность характеризуется высоким уровнем применения сварки, наплавки и резки металлов. В числе вредных производственных факторов ведущая роль принадлежит сварочному аэрозолю. Сварка конструкций из высокопрочных видов стали, легированных хромом, никелем, электродами, проволоками сплошного сечения и порошковыми проволоками, сопровождается образованием и выделением в воздух рабочей зоны соединений трех- и шестивалентного хрома, соединений никеля, наличие в составе проволоки марганца приводит к появлению его в составе аэрозоля

На всех участках подготовки материалов и резиновой смеси, а также вулканизации и горячего прессования в воздух рабочей зоны могут поступать технический углерод, адсорбирующий значительные количества бенз(а)пирена, N-нитрозамины

Риск возникновения отклонений в состоянии здоровья мужчин занятых в инструментальных цехах колеблется от 50 до 64. Риск от изолированного воздействия бенз(а)пирена составляет от  $0,25 \cdot 10^4$  до  $0,41 \cdot 10^4$ .

#### **КАНЦЕРОГЕННЫЙ РИСК РАБОТНИКОВ МЕХАНИЧЕСКОГО ПРОИЗВОДСТВА**

**Сабирова А.Р., Балабанова Л.А., Иванова М.К.**  
**Казанский государственный медицинский университет**  
**Научный руководитель – д.м.н., проф. Ситдикова И.Д.**

Оценка канцерогенного риска воздействия факторов окружающей среды и производственного процесса должна осуществляться с привлечением новейших научных данных о степени доказанности их канцерогенности для человека и величине канцерогенного потенциала, полученных из наиболее приоритетных источников научной информации. Идентификация опасности представляет собой процесс установления причинной связи между экспозицией химического вещества и случаями и/или тяжестью проявления неблагоприятных эффектов на здоровье человека. На этапе идентификации, путем скринингового изучения всех вредных факторов, путей их возможного воздействия на работников и потенциальных вредных эффектов, уточняются окончательные задачи проекта по оценке риска и определяются принципиальные пути его практической реализации.

Риск возникновения отклонений в состоянии здоровья мужчин, занятых на механических участках канцерогеноопасного машиностроительного промышленного объекта от воздействия химического фактора колеблется от 41,9 до 161, риск от изолированного воздействия бенз(а)пирена составляет  $0,3 \cdot 10^3$ .

#### **МЕТОДИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ОЦЕНКИ КАНЦЕРОГЕННОЙ ОПАСНОСТИ**

**Аглямов В.Ф., Лысенко А.И., Ситдилов А.Р.**  
**Казанский государственный медицинский университет**  
**Научный руководитель – д.м.н., проф. Ситдикова И.Д.**

В настоящее время остается открытым вопрос, что представляет собой единое звено в цепи изменений, вызываемых различными трансформирующими факторами, ведущими к опухолевому превращению. Видимо первоначальные механизмы их воздействия тоже разные. Однако, как ни различны по своей природе канцерогенные факторы, можно отметить и некоторые общие черты во взаимодействии их с целым организмом и клеткой и в ответных реакциях на них организма и клетки.

По оценкам экспертов, в ближайшее десятилетие развитие лечебных технологий не позволит кардинально улучшить ситуацию с онкологической заболеваемостью. Разработка и внедрение методов расчета канцерогенных нагрузок, поступающих в организм аэрогенным, водно-алиментарным путями, позволит рассчитать индивидуальную канцерогенную нагрузку, полученную в течение жизни, осуществлять прогнозирование, определить степени риска возникновения онкологической патологии с учетом качественного и количественного уровня воздействия экологических факторов. Расчет канцерогенных нагрузок позволит выявить долю влияния факторов в генезе злокачественных новообразований различных локализаций

По концентрациям химических веществ, находящихся в воздухе рабочей зоны, рассчитаны канцерогенные и неканцерогенные риски для работников машиностроения, проведено ранжирование химических веществ по степени их опасности для отдельных органов и систем.

#### **ОЦЕНКА КАНЦЕРОГЕННОГО РИСКА ДЛЯ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ КРУПНОГО ПРОМЫШЛЕННОГО ГОРОДА**

**Ахтямова Л.А.**  
**Казанский государственный медицинский университет**  
**Научный руководитель – д.м.н., проф. Ситдикова И.Д.**

Проведена санитарно-гигиеническая оценка атмосферного воздуха крупного города Республики Татарстан за 2010-2012 гг. На основе результатов лабораторных исследований атмосферного воздуха проведена оценка риска для здоровья населения, при этом выявлен неприемлемый уровень риска по формальдегиду.

Целью работы явилась оценка канцерогенного риска для населения крупного промышленного города при воздействии химических веществ, загрязняющих атмосферный воздух. Величины канцерогенного риска рассчитаны в соответствии с

Руководством по оценке риска для здоровья населения при воздействии химических веществ, загрязняющих окружающую среду.

Сравнительный анализ выбросов в изучаемом городе показал, что основной вклад в загрязнение атмосферного воздуха вносит автотранспорт, количество которого за 2010-2012 гг. увеличилось на 11,84% и составило 321 776 единиц. Вклад улично-дорожной сети в приземные концентрации составил в среднем от 50 до 98%. Наибольшее загрязнение атмосферного воздуха наблюдается в центральной части города и в районах, прилегающих к автодорогам с интенсивным движением. Оценка канцерогенной опасности проводилась в 9 точках крупного промышленного города по четырем веществам – формальдегид, бенз(а)пирен, бензол, углерод(сажа). Анализ результатов лабораторного контроля за изучаемый период в ряде точек выявили повышенное загрязнение атмосферного воздуха сажей, превышающее гигиенические нормативы до 1,7 раза. По остальным канцерогенным веществам превышений гигиенических нормативов выявлено не было.

Расчет рисков для населения показал, что от воздействия сажи в ряде точек наблюдения формируются уровни канцерогенных рисков, неприемлемых для здоровья населения. В районе расположения остальных точек мониторинга уровни канцерогенных рисков также требуют проведения дополнительных мероприятий по их снижению. Значения канцерогенных рисков от воздействия формальдегида колеблются от предельно допустимых до неприемлемых для населения уровней.

Таким образом, полученные в ходе исследования результаты выявили неприемлемые уровни канцерогенного риска для населения по формальдегиду при отсутствии превышений гигиенических нормативов, что говорит о недостаточной объективности использования существующей системы контроля качества и оценки качества атмосферного воздуха.

## **ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА КАНЦЕРОГЕННОЙ И РЕПРОДУКТИВНОЙ ОПАСНОСТИ В УСЛОВИЯХ МАШИНОСТРОИТЕЛЬНОГО ПРОИЗВОДСТВА**

**Гильманова Г.Ш.**  
**Казанский государственный медицинский университет**  
**Научный руководитель – д.м.н., проф. Ситдикова И.Д.**

В эпоху научно-технического прогресса, сопровождающейся внедрением новых технологических процессов, на первый план по активности выдвигаются вопросы канцерогенных воздействий на контингента работающих. Роль профессии в генезисе злокачественных новообразований является актуальной проблемой. В результате проведенных исследовательских работ были выявлены канцерогеноопасные материалы, применяемые в машиностроительной отрасли.

Онкологические заболевания относят к индикаторным показателям здоровья с высокой степенью зависимости от качества среды обитания, поэтому рост онкологической заболеваемости часто рассматривают как гигиеническую характеристику экологического неблагополучия территории. Основными источниками загрязнения окружающей среды на машиностроительных предприятиях являются литейное производство, гальванические цехи, цехи механической обработки, сварочные и покрасочные цехи. Установлены взаимосвязи между биогеохимическими характеристиками отдельных территорий техногенеза и распространением ряда патологических состояний. В настоящее время также на отдельных территориях России показатели репродуктивного здоровья остаются стабильно высокими (мертворождаемость, ранняя неонатальная смертность и др.). Не уменьшается число родившихся с врожденными пороками развития и наследственными заболеваниями.

Целью исследования явилась разработка научно обоснованных мер профилактики канцерогенной и мутагенной опасности в условиях машиностроительного типа техногенеза. Для достижения цели будет использоваться комплекс гигиенических, клинико-эпидемиологических, аналитических, химических, социальных, статистических методов исследования.

Результаты исследования позволят ранжировать территории техногенеза по степени канцерогенной и мутагенной опасности. Расширенный перечень критериев оценки, уровни канцерогеноопасности и генотоксичности, приоритетные факторы риска, свойственные исследуемой территории, составят основу паспортов территории техногенеза, позволяющих принимать обоснованные управленческие решения по снижению риска здоровью.

## **КАРДИОЛОГИЯ**

### **СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ФАРМАКОЭКОНОМИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ ГИПОЛИПИДЕМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ИБС**

**Корогодина Т.В., Звягина М.В.**  
**Курский государственный медицинский университет**  
**Научный руководитель – д.м.н., проф. Маль Г.С.**

Цель исследования: определение эффективности гипOLIпидемической терапии в результате монотерапии статинами, а также их комбинации с ингибиторами абсорбции холестерина у больных ИБС с изолированной и сочетанной гиперлипидемией. Провести фармакоэкономический анализ «затраты-эффективность» лечения изолированной и сочетанной гиперлипидемии (ГЛП).

Материалы и методы: под наблюдением находились 48 больных ИБС с первичной изолированной и сочетанной ГЛП, из них 12 - составили контрольную группу. Средний возраст в обеих группах составил 55,7±2,9 и 56,2±3,1 лет соответственно.

Исследование проведено рандомизированным, простым, параллельным методом. Коррекция ГЛП выполнялась в 2-х группах пациентов с ИБС I-II ФК стенокардии напряжения.

Для фармакоэкономического анализа использовался коэффициент «цена-эффективность» - частное от деления цены препарата на критерий эффективности (Ef), которым служил уровень ХС ЛПНП.

Результаты исследования: при фармакотерапии симвастатином удалось достичь целевого уровня ХС ЛПНП у 55,6 % пациентов при изолированной ГЛП и у 45,5% пациентов - при сочетанной ГЛП. Целевых значений ХС ЛПНП удалось достичь у 71,4% и 63,2% пациентов, соответственно в группах с изолированной и сочетанной ГЛП при использовании розувастатина.

Пациенты, не достигшие целевого уровня ХС ЛПНП при воздействии монотерапии статинами, были переведены на комбинированную терапию, включающей статин и эзетимиб.

Фармакоэкономический анализ показал, что коэффициент «затраты-эффективность» для монотерапии симvastатином меньше таковых для розувастатина и комбинированной терапии среди пациентов обеих групп. Комбинированная терапия с позиций терапевтической эффективности оказалась наиболее выгодной, в то же время и наиболее дорогостоящей.

Выводы: фармакоэкономический анализ продемонстрировал, что использование монотерапии (розувастатин 10 мг/сутки, симvastатин 40 мг/сутки) наиболее оправдано у пациентов с легкой и умеренной степенью выраженности ГЛП. Адекватным по фармакоэкономическому компоненту и уровню комплаентности является выбор комбинированной терапии (розувастатин 10 мг/сутки, эзетимиб 10 мг/сутки) в качестве стартовой у пациентов, страдающих ИБС с высокой степенью гиперлипидемии.

## **РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ**

**Строкова О.А.**

**Мордовский государственный университет**

**Научный руководитель – д.м.н., проф. Еремина Е.Ю.**

Цель работы: изучить распространенность тревожно-депрессивных расстройств у больных артериальной гипертензией (АГ).

Материалы и методы. Обследованы 40 пациентов с верифицированным диагнозом АГ 1-3 степени в возрасте 44–78 лет (средний возраст - 64,5±3,3 года).

Все пациенты АГ были распределены на три группы: первую группу составили 12 человек с АГ 1 степени, вторую – пациенты с АГ 2 степени (n=13) и 15 человек с АГ 3 степени вошли в 3-ю группу. Контрольную группу составили 20 здоровых добровольцев в возрасте от 19 до 55 лет (средний возраст 30,5±1,1 лет). Пациенты получали фиксированную комплексную терапию с использованием основных групп антигипертензивных препаратов: блокаторов рецепторов к альдостерону и кальциевых каналов, ингибиторов АПФ, тиазидных диуретиков.

Для оценки психоэмоционального статуса использовалась госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS). Статистическая обработка материала проведена с помощью пакета «STATISTICA© 6.0» с использованием Microsoft Excel. Достоверность различий рассчитывали с применением t-критерия Стьюдента.

Результаты. У больных АГ тревожно-депрессивные расстройства диагностировались у 55% больных, в т. ч. уровень тревоги составил 54,5%, а уровень депрессии – 45,5%. Причем клинически выраженная тревога отмечалась у 13,6% больных, субклинически выраженная тревога – у 86,4%. У 41,7% больных диагностировалась клинически выраженная депрессия, субклинически выраженная депрессия – у 58,7%. Частота тревожно-депрессивных расстройств у больных АГ зависела от уровня артериального давления: субклинически выраженная тревога и депрессия были более характерными для больных АГ 1 и 2 степени. А у больных АГ 3 степени наблюдались клинически выраженная тревога (67% больных) и депрессия (у 63% больных).

Выводы. У больных АГ отмечается высокая частота тревожно-депрессивных расстройств. Повышение артериального давления выше первой степени сопряжено с появлением тревожно-депрессивных расстройств.

## **ГИПОЛИПИДЕМИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ- РЕАЛЬНОСТЬ АМБУЛАТОРНОЙ ПРАКТИКИ**

**Patil Vivek Damodar**

**Казанский государственный медицинский университет**

**Научный руководитель – к.м.н., доц. Андреичева Е.Н.**

Цель исследования. Проанализировать характер назначения гиполипидемической терапии пациентам с сердечно-сосудистой патологией высокого и очень высокого риска в амбулаторной практике, оценить адекватность дозирования препаратов. Методы исследования. Проведен анализ частоты назначений гиполипидемических препаратов участковыми терапевтами за период с 2007 по 2012гг. при наличии показаний. Проанализировано ретроспективно 420 амбулаторных карт из 7 поликлиник, находящихся в разных районах г. Казани. Среди них- 250 пациентов с постинфарктным кардиосклерозом, 170 — со стенокардией напряжения ФК II-III в сочетании с гипертонической болезнью; 146 больных из общего числа (34,8%) имели сахарный диабет 2 типа различной степени тяжести. Все — с исходной гиперлипидемией. Оценивались: необходимость назначения липидснижающих препаратов, название и доза препарата, частота и объем лабораторного контроля в ходе лечения, титрование доз. Результаты. В 2007г. только 60 % пациентов, нуждавшихся в медикаментозной коррекции гиперлипидемии, она была рекомендована; в 2008-74 %, в 2009-80%, 2010-86%, 2011-90%, 2012-98% пациентов. Выбор статинов врачами поликлиник: 2007г-симvastатин 70%, аторvastатин 30%; 2008г-симvastатин 65%, аторvastатин 35%; 2009г-симvastатин 60%, аторvastатин 40%; 2010г-симvastатин 43%, аторvastатин 57%; 2011-симvastатин 25%, аторvastатин 70% , розувастатин-5%; 2012-симvastатин 16%, аторvastатин 77% , розувастатин-7%. В подавляющем большинстве случаев назначались 10-20мг/сут. Контроль за эффективностью терапии проводился плохо: контроль за липидограммой 1 раз в год — 2007г-20%, 2008-24%, 2009-25%, 2010-27%, 2011-30%, 2012-33%. Контроль уровня общего холестерина 1раз в год — 2007-50%, 2008-53%, 2009-63%, 2010-70%, 2011-76%, 2012-86%. Титрование доз статинов по данным липидограммы неадекватно — 2007г-10%, 2008-13%, 2009- 15%, 2010- 20%, 2011-22%, 2012-26%. Выводы. С 2007 по 2012г. частота назначения гиполипидемической терапии выросла и в настоящее время соответствует рекомендациям ВНОК. Практически в 100% назначались статины, в большинстве случаев-аторvastатин. Наблюдается рост использования более активных статинов. Контроль за эффективностью гиполипидемической терапии явно недостаточен.

## **INFLUENCE OF BILOBIL FORTE ON COGNITIVE FUNCTION OF HYPERTENSIVE PATIENTS**

**Rahate Rahul**

**Казанский государственный медицинский университет**

**Научный руководитель – к.м.н., доц. Андреичева Е.Н.**

Arterial hypertension and atherosclerosis are independent risk factors for cognitive impairment. But even effective antihypertensive and lipid-lowering therapy does not stop the progression of these disorders. Goal of this study was to estimate the efficacy and safety of BILOBIL forte in patients with circulatory encephalopathy of hypertensive and/or atherosclerotic genesis. A group of 24 patients with essential arterial hypertension stage II (11 men and 13 women, mean age 50.4± 2.3 years, all with high education,

working), within 12 months were in stable condition (SBP 120  $\pm$  15, DBP 70  $\pm$  13 mm Hg, total cholesterol 4.1  $\pm$  0.5 mmol/L, LDL 1.6  $\pm$  0.35 mmol/L) with well corrected antihypertensive and hypolipidemic therapy received Bilobil forte 80mg 3 times per day for 3 months. Evaluation of cognitive functions performed using MMSE test for 6 months prior to the Bilobil appointment, just before its admission and after 3-month course. The study included patients with MMSE results of 24-27 points, i.e. mild cognitive impairment. Evaluation of tolerability to Bilobil Forte conducted on the basis of subjective feelings of patients and objective clinical data. Dynamics of MMSE results: 25.4  $\pm$  1.3 at baseline (6 months prior to appointment of Bilobil) immediately before treatment 25.6  $\pm$  1.2, after completing a course 27.1  $\pm$  1.2 (p < 0.05). All patients didn't have adverse side effects and drug interactions with a basic therapy. Dynamics of indicators showed no significant differences according to gender and age. Conclusion. BILOBIL forte at a dose of 240mg/day for the three-month course of treatment was safe and effective in the treatment of cognitive impairment in patients with arterial hypertension and atherosclerosis.

## **EVALUATION OF QUALITY OF LIFE OF PATIENTS WITH ARTERIAL HYPERTENSION AFTER COURSE OF BILOBIL FORTE**

**Harde Vishal Madhuka**

**Казанский государственный медицинский университет  
Научный руководитель – к.м.н., доц. Андреичева Е.Н.**

Arterial hypertension and atherosclerosis are main causes of vascular encephalopathy. Effective antihypertensive and lipid-lowering therapy slows the progression of these disorders of cerebral circulation, but patients often need additional drugs. Goal of this study was to investigate the efficacy and safety of Bilobil forte in patients with vascular encephalopathy of hypertensive and/or atherosclerotic genesis. A group of 24 patients with essential hypertension stage II (11 men, 13 women, mean age 50.4  $\pm$  2.3yr.) under observation in stable condition for 12 months (SBP 120  $\pm$  15, DBP 70  $\pm$  13 mm Hg, total cholesterol 4.1  $\pm$  0.5 mmol/L, LDL 1.6  $\pm$  0.35 mmol/L) on the hypotensive and lipid-lowering therapy, received Bilobil forte 80mg 3 times per day for 3 months. QOL used questionnaires and EQ5D 3 months prior to the appointment of bilobil, just before its admission and after 3 - month course. Assessment of tolerability of Bilobil forte was carried out on the basis of objective clinical data evaluation, scale of clinical status CGI-I. Dynamics of indicators : VAS - 61.3  $\pm$  3.5 at baseline, 63.4  $\pm$  4.6 before Bilobil forte treatment, 72.6  $\pm$  3.3 (p < 0.05) after the course; EQ5D on indicators activity, functional ability at baseline were high and did not change in patients receiving Bilobil, 87.5 % of patients reported disappearance of anxiety and depression after the course of Bilobil forte. On a scale of CGI-I – 21 patient noted "significant improvement", 1 - "very much improved", 2 - "minimal improvement". In all patients, there were no adverse side effects and drug interactions with a basic therapy.

Bilobil forte in a dose of 240mg / day for the 3-month course of treatment was safe and effective in the treatment of vascular encephalopathy in patients with arterial hypertension and atherosclerosis.

## **ПОКАЗАТЕЛИ КАРДИОТРОПНЫХ АУТОАНТИТЕЛ У ДЕТЕЙ С АРИТМИЯМИ**

**Чиликина Ю.М., Сергеева Е.В.**

**Казанский государственный медицинский университет  
Научный руководитель – д.м.н., доц. Садыкова Д.И.**

Цель исследования: оценить характер изменений содержания кардиотропных аутоантител у детей и подростков с аритмиями.

Объем и методы исследования: Обследовано 105 пациентов (64 мальчика и 41 девочка) в возрасте от 3 до 17 лет. Контрольная группа составила 20 человек. Дети были распределены на 7 групп по нозологическим формам: суправентрикулярная экстрасистолия – 14 пациентов, WPW-синдром – 20 пациентов, желудочковая экстрасистолия – 19 пациентов, удлинение QT- интервала – 13 пациентов, атриовентрикулярная блокада – 15 пациентов, синдром слабости синусового узла – 13 пациентов, хроническая непароксизмальная тахикардия – 11 пациентов.

Определение 4 аутоантител проводили методом твердофазного иммуноферментного анализа с использованием стандартизованных тест-систем группы ЭЛИ-ТЕСТ (МИЦ «Иммункулус», Россия):

- 1) CoM-02 - антиген цитоскелета кардиомиоцитов;
- 2) CoS-05 - цитоплазматический АГ кардиомиоцитов;
- 3) b1-адренорецептор;
- 4) NO-синтетаза;

Результаты: повышение аутоантител в сыворотке крови было выявлено: CoM-02 у 6,7% пациентов, CoS-05 у 20,6 % пациентов, b1-адренорецептор у 16,7% пациентов, NO-синтетаза у 4,2% пациентов. У части пациентов было выявлено одновременное повышение нескольких аутоантител: 2 аутоантитела у 10,8% пациентов, 3 аутоантитела у 3,6% пациентов, 4 аутоантитела у 1,9% пациентов. У некоторых пациентов определялось снижение аутоантител в сыворотке крови: CoM-02 у 57,2% пациентов, CoS-05 у 28,4% пациентов, b1-адренорецептор у 27,3% пациентов, NO-синтетаза у 32,6% пациентов. В группе детей с нормальными значениями ЭКГ повышения продукции изучавшихся аутоантител не отмечалось, а угнетение выработки наблюдалось в 20,2% случаев, причем они распределялись примерно в равной степени.

Выводы:

- 1) Гиперпродукция и угнетение кардиоспецифических аутоантител свидетельствуют о неоднородности иммунных нарушений детей с аритмиями.
- 2) Повышение содержания аутоантител к b1-адренорецепторам может приводить к изменению плотности указанных рецепторов в миокарде и ремоделированию миокарда с дисфункцией левого желудочка.
- 3) У детей с нарушениями ритма и проводимости низкое сывороточное содержание кардиоспецифических аутоантител свидетельствует о снижении элиминации продуктов естественного катаболизма.

## **КОМБИНИРОВАННЫЙ ПРЕПАРАТ «АСКОРИЛ» ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ ОБСТРУКТИВНОЙ БОЛЕЗНЬЮ ЛЕГКИХ И ОЦЕНКА ЕГО КЛИНИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ**

**Королёва М.Е.**

**Нижегородская государственная медицинская академия  
Научный руководитель – д.м.н., асс. Григорьева Н.Ю.**

Цель данного исследования - изучение клинической эффективности комбинированного препарата «Аскорил» у больных хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ) I-II степени тяжести в стадии обострения, протекающей с явлениями продуктивного кашля, на фоне хронической сердечно-сосудистой патологии. Материалы и методы исследования.

Настоящее исследование является открытым сравнительным. В исследование было включено 60 пациентов ХОБЛ, отобранных согласно критериям включения и исключения, в возрасте от 43 до 68 лет (в среднем  $55,1 \pm 9,9$  года), в том числе женщин - 12 (20%), мужчин - 48 (80%). Срок наблюдения 7 дней. Пациенты методом закрытых конвертов разделены на две группы. Больным 1 группы назначен «Аскорил» по 1 табл. 3 раза в сутки, 2 группы – амброксол по 30 мг 3 раза в сутки. Полученные результаты. Исходно все больные предъявляли жалобы на кашель с мокротой и одышку. У всех больных со 2 дня лечения Аскорилом отмечалось достоверное снижение интенсивности кашля ( $p < 0,05$ ), который был полностью купирован к 3 дню лечения у 26 пациентов (87%). Пациенты 2 группы на вторые сутки обратили внимание на уменьшение кашля и увеличение количества отделяемой мокроты, кашель был полностью купирован на 7 сутки лечения. До начала терапии Аскорилом ЧСС была  $64,4 \pm 5,5$  уд/мин. Через 20 мин после первого приема препарата у больных 1 группы, по сравнению с пациентами 2 группы, отмечено достоверное увеличение ЧСС до  $72,7 \pm 10,1$  уд в мин ( $p < 0,05$ ). Это не сказалось на самочувствии больных, что можно связать с действием входящего в состав препарата «Аскорил» бета2-агониста сальбутамола. Через 60 мин показатель ЧСС снизился до  $68,6 \pm 10,5$  уд/мин. Однако, на 3 и 7 сутки лечения, как у пациентов 1, так и 2 группы, ЧСС и АД в динамике достоверно не изменились, и на 7 день лечения ЧСС была  $63,0 \pm 6,5$  уд/мин, что не отличалось от ЧСС до лечения Аскорилом ( $p = 0,6$ ). Заключение. Комбинированный препарат «Аскорил» у больных ХОБЛ оказывает благоприятное бронхолитическое и отхаркивающее действие. Препарат не вызывает выраженного отрицательного влияния на ЧСС и АД. Это позволяет рекомендовать его пациентам в том числе и с сопутствующей сердечно-сосудистой патологией.

## **КОГНИТИВНЫЕ НАРУШЕНИЯ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ**

**Сафиуллина А.Р.**

**Казанский государственный медицинский университет  
Научный руководитель – д.м.н., проф. Галяутдинов Г.С.**

Цель работы: выявление когнитивных расстройств у больных с хронической сердечной недостаточностью различной этиологии.

Методы: обследовано 23 больных с хронической сердечной недостаточностью I-IV функционального класса. Контрольную группу составили 13 практически здоровых лиц. Определение выраженности когнитивных нарушений проводилось по результатам теста «5 слов», пробы Шульте, теста рисования часов, краткой шкалы оценки психического статуса (MMSE-тест), батареи лобной дисфункции; наличие депрессивных расстройств определялось по шкале Гамильтона и самоопроснику депрессии. Достоверность различий показателей когнитивных нарушений в сравниваемых группах оценивалась по U-критерию Манна-Уитни.

Результаты: показатель теста «5 слов» на нарушение памяти у больных составил  $5,6 \pm 0,34$  усл.ед., у здоровых -  $9,2 \pm 0,28$  усл.ед. ( $p < 0,05$ ); результат пробы Шульте у больных -  $64,7 \pm 3,89$  усл.ед., у здоровых -  $39,4 \pm 2,23$  усл.ед. ( $p < 0,05$ ). По тесту рисования часов не выявлено когнитивных нарушений у здоровых, тогда как значение теста у больных было равно  $8,7 \pm 0,42$  усл.ед. ( $p < 0,05$ ). Результат MMSE-теста у больных равнялся  $25,6 \pm 0,6$  усл.ед., у здоровых -  $29,5 \pm 0,19$  усл.ед. ( $p < 0,05$ ). Показатель батареи лобной дисфункции у больных составил  $14,9 \pm 0,69$  усл.ед., у лиц контрольной группы -  $17,5 \pm 0,28$  усл.ед. ( $p < 0,05$ ). Выявлено наличие депрессии у больных; по шкале Гамильтона результат составил  $8,34 \pm 1,06$  усл.ед., у здоровых -  $5,2 \pm 0,78$  усл.ед. ( $p < 0,05$ ).

Заключение: при хронической сердечной недостаточности развиваются когнитивные расстройства, которые выявляются с помощью доступных для клинической оценки тестов.

## **ВЫЯВЛЕНИЕ ПРИЗНАКОВ КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ В СОЧЕТАНИИ С АНЕМИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ**

**Сафиуллина А.Р., Жидяевский А.Г.**

**Казанский государственный медицинский университет  
Научный руководитель – д.м.н., проф. Галяутдинов Г.С.**

Цель работы: выявление характерных черт когнитивных нарушений у больных с хронической сердечной недостаточностью в сочетании с анемическим синдромом.

Методы: обследовано четверо больных с хронической сердечной недостаточностью III-IV функционального класса в сочетании с анемическим синдромом. Контрольную группу составили 13 практически здоровых лиц. Определение выраженности когнитивных нарушений проводилось по результатам теста «5 слов», пробы Шульте, краткой шкалы оценки психического статуса (MMSE-тест), батареи лобной дисфункции; наличие депрессивных расстройств определялось по шкале Гамильтона. Достоверность различий показателей когнитивных нарушений в сравниваемых группах оценивалась по U-критерию Манна-Уитни.

Результаты: результат теста «5 слов» на расстройство памяти у больных составил  $6,3 \pm 0,87$  усл.ед., у здоровых -  $9,2 \pm 0,28$  усл.ед. ( $p < 0,05$ ). Показатель пробы Шульте у больных был равен  $61 \pm 8,42$  усл.ед., у здоровых -  $39,4 \pm 2,23$  усл.ед. ( $p < 0,05$ ). Значение MMSE-теста у больных ( $24,5 \pm 2,85$  усл.ед.) достигало уровня деменции умеренной степени выраженности при сравнении со здоровыми ( $p < 0,05$ ). Показатели батареи лобной дисфункции у больных и здоровых составили  $13,8 \pm 2,76$  усл.ед. и  $17,5 \pm 0,28$  усл.ед., соответственно ( $p < 0,05$ ). По значению шкалы Гамильтона выявлен малый депрессивный эпизод у больных ( $9,3 \pm 2,18$  усл.ед.), у здоровых данный показатель был равен  $5,2 \pm 0,78$  усл.ед. ( $p < 0,05$ ).

Заключение: у пациентов с хронической сердечной недостаточностью в сочетании с анемическим синдромом имеется тенденция к развитию когнитивных нарушений, которая достоверно выявляется с помощью тестов, доступных для клинической оценки.

## **ИДЕНТИФИКАЦИЯ СПОРТСМЕНОВ ЭКСТРА-КЛАССА НА ОСНОВЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ВАРИАБЕЛЬНОСТИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА**

**Каримов А.Ф.**

**Казанский государственный медицинский университет  
Научный руководитель – д.м.н., проф. Байкеев Р.Ф., к.м.н. Романов К.П.**

Разработка методов по идентификации класса спортсмена является актуальной задачей в области спорта высших достижений. Подобные технологии позволяют верифицировать статус спортсмена, оптимизировать комплексный подход к его курации в ходе тренировочного процесса, а также прогнозировать уровень спортивных достижений спортсмена.

Цель исследования: Идентифицировать класс спортсмена на основе показателей вариабельности ритма сердца (BPC).

Объект исследования: Исследование проводилось на базе Центра спортивной подготовки Министерства по делам молодежи, спорту и туризму РТ: спортсмены сборных команд России и Татарстана, 103 человека, из них женщин - 48, мужчин - 55, средний возраст – 19,6 лет. Распределение спортсменов по видам спорта: легкая атлетика (38), академическая гребля (5), плавание (7), баскетбол (4), лыжные гонки (10), дзюдо (6), фехтование (11), стендовая стрельба (8), бокс (3), борьба (4), бадминтон (3), велоспорт (3), художественная гимнастика (1). Спортсмены были разделены по уровню спортивного мастерства на две группы:

1. Спортсмены экстра-класса: заслуженный мастер спорта (ЗМС) – (4), мастер спорта международного класса (МСМК) – (12).

2. Спортсмены не экстра-класса: мастер спорта (МС) – (23), кандидат в мастера спорта (КМС) – (39), обладатель 1-го разряда – (25).

Методы исследования: 1. Антропометрия: Рост (см), вес (кг), индекс массы тела (ИМТ) – отношение веса на квадрат роста (кг/м<sup>2</sup>). 2. Анализ variability сердечного ритма; исследование проводилось с помощью амбулаторной электрокардиографической системы «Полиспектр 8 EX» («Нейрософт»). Использовались следующие тесты: 1) Фоновая запись – положение пациента при записи: лежа. Продолжительность записи сердечного ритма 5 мин (300с). 2) Ортостатическая проба – пациент переходит из горизонтального положения в вертикальное. Продолжительность записи сердечного ритма 6 мин (360 с). Анализировались следующие параметры: ЧСС (частота сердечных сокращений), общая мощность спектра TP, спектральные мощности очень низкочастотного (VLF), низкочастотного (LF), высокочастотного (HF) спектров, индекс LF/HF, VLF(%), LF(%), HF(%), RRmin - минимальная длительность RR интервала, RRmax – максимальная длительность RR интервала, RRNN - средняя длительность интервалов RR, SDNN стандартное отклонение величин кардиоинтервалов.

## **ВРЕМЯ ДО ПЧКВ – КЛЮЧЕВОЙ ФАКТОР ИСХОДА ПРИ ОСТРОМ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА С ПОДЪЕМОМ ST**

**Иванцов Е.Н.**

**Казанский государственный медицинский университет  
Научный руководитель – д.м.н., доц. Хасанов Н.Р.**

В большинстве случаев подъем сегмента ST на ЭКГ возникает при окклюзии одной из магистральных коронарных артерий. Целью лечения острого инфаркта миокарда с подъемом сегмента ST (ИМнST) является максимально быстрое восстановление просвета сосуда и перфузии миокарда в соответствующей области.

Цель исследования: оценить роль фактора времени до первичного коронарного вмешательства (ПЧКВ) на исход ИМнST.

Материал и методы: В исследование были включены 70 больных ИМнST, доставленных бригадами скорой помощи в ЧКВ-центр Казанской городской клинической больницы №7. Всем пациентам была проведена экстренная коронарография и стентирование. Все больные были разделены на 2 группы. В 1 группу вошли 59 пациентов с благоприятным исходом, во 2 группу – 11 пациентов с летальным исходом. Изучалось время, прошедшее от возникновения болевого синдрома до первого контакта с медицинским работником (ПМК) и далее до ПЧКВ.

Результаты: Полученные результаты свидетельствуют о значительно большей длительности промежутка времени от появления болевого синдрома до ПЧКВ в группе с летальным исходом по сравнению с 1 группой исследования (532,0±140,5 мин и 236,7±20,6 мин соответственно,  $p=0,0002$ ). В среднем время доставки пациентов в стационар бригадами скорой помощи в группах статистически не различалось и составило 92,3±8,3 мин в 1 группе и 80,6±11,3 мин во 2 группе ( $p>0,05$ ). Вместе с тем, время от появления у пациентов загрудинных болей до ПМК в среднем оказалось более чем в 3 раза ниже в группе с благоприятным исходом (151,1±21,8 мин и 483,9±9,9 мин соответственно,  $p=0,0005$ ). Таким образом, более позднее обращение за медицинской помощью после появления болевого синдрома наблюдалось среди больных ИМнST 2 группы.

Выводы: Позднее обращение за медицинской помощью ассоциировано с летальным исходом ИМнST.

## **ВОПРОСЫ АТЕРОСКЛЕРОЗА И АТЕРОМАТОЗА В ТРУДАХ УЧЁНЫХ КГМУ**

**Гайнуллина Г.Р.**

**Казанский государственный медицинский университет  
Научный руководитель – к.м.н., доц. Копылов А.Н.**

Казанские учёные-терапевты исторически занимают почётное место в отечественной медицине.

Значительную часть в их научных исследованиях занимает атеросклероз и сопряжённые с ним заболевания. Практически все терапевтические кафедры медицинского института, начиная со второй половины XX века уделяли огромное значение вопросам диагностики, лечения и профилактики атеросклеротического процесса.

Следует выделить работы проф. В.Е.Анисимова и сотрудников кафедры факультетской терапии, изучавших экспериментальную гиперхолестеринемию у кроликов и возможности её коррекции пангамовой, оротовой и липоевой кислотами. Данные комплексные исследования проводились совместно с кафедрами фармакологии (зав. проф. И.В.Зайконникова), патологической анатомии (доц. Н.Ш.Шамсутдинов), ЦНИЛ (проф. Г.Г. Непряхин), патологической физиологии (доц. И.Х.Канцеров).

Проф. В.Ф. Богоявленским в 1970-ом году защищена докторская диссертация на тему: «Корреляция функции внешнего и внутреннего дыхания, свёртываемости крови и микроциркуляции у больных атеросклерозом». В дальнейшем его многочисленные ученики, продолжающие изучать вопросы микроциркуляции и атероматоза при сердечно-сосудистых заболеваниях, более полно раскрыли патогенетические основы поражения сосудов при атеросклерозе. На кафедре госпитальной терапии в начале 70-х годов был освоен и внедрён метод изучения спектра липопротеидов в сыворотке крови (доц. И.Г.Салихов, асс. А.Н. Копылов), что наравне с изучением микроциркуляции было использовано для выявления доклинической картины атеросклероза у административно-управленческого и инженерно-технического персонала, строящегося автогиганта КамАЗ (1974-1978 годы).

В последующие годы сердечно-сосудистой тематикой продолжали заниматься профессора И.А.Латфуллин, Я.М.Милославский, В.Н.Ослопов, И.Г.Салихов (зав. кафедрой госпитальной терапии КГМУ). В настоящее время активную научную работу проводят коллектив кафедры факультетской терапии и кардиологии под руководством Член. корр. АН РТ проф. А.С.Галиявич. На кафедре успешно функционирует студенческий научный кружок (рук. проф. Г.Ф.Галияутдинов); где занимаются студенты лечебного и стоматологического факультетов КГМУ, продолжая славные традиции казанских учёных терапевтов.



## **ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОРОНАРОГРАФИИ В УСЛОВИЯХ КАРДИОЛОГИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА**

**Габдрахманова М.Р.**

**Казанский государственный медицинский университет  
Научный руководитель – к.м.н., асс. Фейсханова Л.И.**

На сегодняшний день успешное лечение ишемической болезни сердца трудно представить без коронароангиографии. Это исследование проводится как в экстренном, так и плановом порядке. В кардиологическом отделении РКБ МЗ РТ оно проводится последние 3 года, однако лишь в последний год стало возможным назначение коронарографии всем пациентам, которым она показана. Это были пациенты после успешной сердечно-легочной реанимации с подозрением на ИБС; с желудочковыми нарушениями ритма, возникающими при физической нагрузке; с ранней постинфарктной стенокардией; с атипичными болями за грудиной, когда ЭКГ или радиоизотопные исследования позволяли подозревать ИБС; со стенокардией при неадекватном эффекте трехкомпонентной медикаментозной терапии; с острым коронарным синдромом.

Нами проанализированы результаты, выявленные в ходе коронарографии в условиях кардиологического отделения за 2013 год.

Около трети поступивших пациентов были подвергнуты коронароангиографии (КАГ).

Все пациенты с выявленным мультифокальным поражением в дальнейшем были направлены на аортокоронарное или маммарокоронарное шунтирование.

Обнаружение гемодинамически незначимых стенозов позволило врачу и пациенту в известной степени выиграть время и провести вторичную профилактику инфаркта миокарда и других фатальных сосудистых катастроф.

По результатам коронароангиографии за 11 месяцев 2013 года, доля пациентов, которым была проведена коронарография и у которых сосуды оказались интактными, составила от 2,3 до 44,5%, в среднем составил 20,5%. Эта цифра соответствует данным научной литературы, по которым доля пациентов с интактными сосудами среди лиц, имевших показания к коронарографии, составляет 15-20%.

Таким образом, проведение коронароангиографии в первые 11 месяцев 2013 года в условиях кардиологического отделения РКБ МЗ РТ показало свою диагностическую и клиническую эффективность, позволяя в большинстве случаев направить пациента на хирургическое лечение ИБС либо провести профилактику фатальных сердечнососудистых осложнений. При этом доля пациентов, у которых коронарография не обнаружила признаков атеросклероза венечных артерий, не превышала общепринятой в научной литературе. Это косвенно свидетельствует и об экономической эффективности коронарографии.

## **СЛУЧАЙ УСПЕШНОГО ЛОКАЛЬНОГО ТРОМБОЛИЗИСА ПРИ ТЭЛА**

**Кочегарова И.М.**

**Рязанский государственный медицинский университет  
Научный руководитель – к.м.н., доц. Панфилов Ю.А., д.м.н., доц. Соловьева А.В.**

Тромбоз легочной артерии (ТЭЛА) считается одним из тяжелейших и катастрофически протекающих острых сосудистых заболеваний, сопровождающихся высокой летальностью. В Европе 500 000 смертей от ТЭЛА ежегодно.

Клинический случай успешного локального тромболиза при ТЭЛА препаратом Актилизе.

Больная Р., 66 лет поступила в отделение реанимации и интенсивной терапии, с жалобами на дискомфорт за грудиной; одышку; общую слабость.

Из анамнеза известно: повышение АД много лет. Мах АД 190/100 мм рт.ст. Ухудшение в течение 2 дней, появилась одышка в покое. На ЭКГ в динамике отмечается инверсия з.Т в V2-V4. Госпитализирована в РОКБ с подозрением на ОКС без подъема ST.

Объективно: Состояние сред.тяж.; Дыхание в легких везикулярное, сухие хрипы в н/о; ЧДД 19 в мин; Границы сердца расширены влево на 1,0 см; АД 140/90 мм рт.ст.; ЧСС 85 в мин. Тропониновый экспресс-тест отриц.

Из лаб. данных, которые характерны для ТЭЛА: признаки воспаления в ОАК, гиперкоагуляция крови, гемоконцентрация, специфические изменения на ЭКГ у данной больной было выявлено только перегрузка правых отделов сердца по данным ЭХО-КГ. Затем была проведена илеокаваграфия, но дефекта контрастирования не выявлено с обеих сторон. Для уточнения диагноза проведена АПГ: Слева в нижнедолевой ветви определяется значительный дефект контрастирования (кровоток пристеночный). В стволе легочной артерии оставлен катетер для проведения тромболиза. Проведена ТЛТ актилизе 100 мг по схеме.

На контрольной АПГ: значительная положительная динамика, справа отмечается улучшение контрастирования сосудистого рисунка по всем полям.

DS: Основное заболевание: ТЭЛА крупных ветвей неуточненной этиологии. АПГ, ИКГ, ТЛТ актилизе. Сопутствующие заболевания: ИБС: стенокардия напряжения 2 ФК. Гипертоническая болезнь 3 ст, 2 ст, р4. ХСН 1 ст, ФК1.

Лечение: актилизе, аспаркам, абактал, актовегин, цефтриаксон, феррум лек, аспирин кардио, варфарин, верошпирон, лизиноприл, семакард. На фоне лечения состояние пациента с положительной динамикой

Выводы: 1. Клиническая картина ТЭЛА многообразна и не имеет специфических проявлений. В 40% случаев первичная причина не устанавливается. 2. Частота диагностических ошибок, по данным разных авторов, достигает 50-75%. 3. Селективная тромболитическая терапия является предпочтительным методом тромболитической терапии.

## **ФАКТОРЫ РИСКА ПОВТОРНОГО ИНФАРКТА МИОКАРДА У ПАЦИЕНТОВ С РАННЕЕ ПРОВЕДЕННОЙ РЕВАСКУЛЯРИЗАЦИЕЙ МИОКАРДА**

**Сафина А.И.**

**Казанский государственный медицинский университет  
Научный руководитель – к.м.н., асс. Балеева Л.В.**

Цель: Определить факторы риска повторного инфаркта миокарда у пациентов с ранее проведенной реваскуляризацией миокарда.

Методы: Оценка факторов риска повторного инфаркта миокарда была проведена по анализу медицинской документации и опросу 16 пациентов, у которых в анамнезе был инфаркт миокарда с неотложным чрескожным коронарным вмешательством с баллонной ангиопластикой и стентированием коронарной артерии. В группе наблюдения с повторным

инфарктом миокарда было задействовано 13 (81,3%) мужчин, 3 (18,7%) женщины. Средний возраст мужчин 54 года, женщин 73 года.

Повторный инфаркт миокарда наблюдался в группе пациентов в возрасте 30-39 лет – у 1 (6,3%) пациента, 40-49 лет – у 2 (12,5%), 50-59 лет – у 9 (56,2%), 60-69 лет – у 2 (12,5%), 70-79 лет – у 2 (12,5%). Сроки повторной госпитализации пациентов после первого инфаркта миокарда: до 1 месяца – 4 (25%) человека, от 1 месяца до 1 года – 5 человек (31,25%), от 1 года до 2 лет – 5 человек (31,25%), от 2 до 5 лет – 2 человека (12,5%). Повторный инфаркт миокарда был связан с тромбозом ранее пораженного сосуда у 12 пациентов (75%), у 4 пациентов (25%) тромбоз выявлен в другом сосуда. Гипертоническая болезнь наблюдалась у 12 из 16 пациентов (75%), дислипидемия – у 6 (37,5%), ожирением страдал 1 человек (6,3%), курили – 6 пациентов (37,5%). Регулярный прием назначенных лекарственных препаратов: статины принимали – 12 человек (75%), ацетилсалициловую кислоту – 15 чел (93,8%), клопидогрел в течение 1 года – 13 (81,3%), антигипертензивные препараты – 13 (81,3%)

Результаты: Повторный инфаркта миокарда у пациентов с неотложной ангиопластикой в анамнезе встречается чаще у мужчин трудоспособного возраста (от 50 до 60 лет), в течение первых 2-х лет после первого инфаркта, в основном происходит тромбоз раннее пораженного сосуда. Преобладают пациенты с артериальной гипертензией. Рекомендованные лекарственные препараты пациенты принимали регулярно.

Заключение: Для профилактики повторного инфаркта у данных пациентов возможно увеличение продолжительности назначения комбинированной антиагрегантной терапии не менее 2 лет.

## ЛИНГВИСТИКА

### ЭТИМОЛОГИЯ СЛОВА «ПАЦИЕНТ» В РУССКОМ ЯЗЫКЕ

**Альшиблауи Ахмед.**

**Казанский государственный медицинский университет  
Научный руководитель – к.фил.н., асс. Кузнецова Е.Г.**

Мы нечасто задумываемся о том, как слова, которые мы используем, возникли, и как их значения могли измениться со временем. Между тем, слова появляются буквально каждый день. Некоторые не задерживаются в языке, другие остаются.

У слов есть своя история, каждое слово может рассказать нам о своей национальности, о своих родителях, о своём происхождении. Изучением истории лексики и происхождения слов занимается наука этимология.

Медицинское научное знание свободно использует огромное количество всевозможных терминов: греко-латинского происхождения, заимствованных из европейских языков, собственно русских. Разные области медицины имеют свою терминологическую базу. Кроме того, в связи с развитием науки существует тенденция создания новых терминов. Каждый термин имеет своё значение и свою этимологию.

Наиболее частотные и всем понятные термины медицины – «врач» и «пациент». Рассмотрим этимологию слова «пациент» в русском языке. Согласно этимологическому словарю Г.А. Крылова, это слово было заимствовано из французского через немецкий язык и восходит к латинскому причастию *patiens* – «страдающий» от *patior* – «терпеть», «переносить». Латинский корень этого слова закрепился и в других европейских языках. Ср.: англ. – *patient*, фр. – *patient*, исп. – *paciente*, ит. – *paziente*, гол. – *patiënt*, норв. – *pasient* и др. Таким образом, пациент – «это лицо, обратившееся за медицинской помощью или находящееся под медицинским наблюдением». Синонимы слова «пациент» – «больной», «клиент». Однако «пациент» считается более корректной формой.

Любопытно, что к той же этимологической основе, что и слово «пациент», относится слово «пасьянс». Времяпрепровождение с игральными картами требует от человека терпения, то есть *patientia*.

### МУСУЛЬМАНСКИЕ ИМЕНА В ТЮРКО-ТАТАРСКОЙ АНТРОПОНИМИЧЕСКОЙ СИСТЕМЕ

**Валиева Г.Р.**

**Казанский государственный медицинский университет  
Научный руководитель – к.фил.н., доц. Амирова Р.М.**

На начальном этапе проникновения ислама мусульманские имена носили в основном представители знати. Очень распространенным был, например, имяобразующий тип иш+арабский компонент, функционирующий вплоть до XIX века: Ишмөхәмәт, фонетические варианты Ишмәт, Ишмәмәт, Ишми, Ишкүәт, Ишморза и другие. Второй этап активизации арабо-персидских имен приходится на XV-XVI века. Во второй половине XIX века формируется новая традиция именования, которая заключается в использовании сложных по составу имен, состоящих из двух и более компонентов: Мөхәмәтвәли, Мөхәмәтрәхим, Габделгаффар, Вәлибикмөхәмәт, Бибитәскирә, Маһисорур, Зәйнәпфәтыйма, Миңлегөлжиһан. Эта традиция стала доминирующей к концу XIX – началу XX веков. Для тюрко-татарского народа, который всегда стремился использовать в процессе имяназвания короткие, не более трех слогов имена, не характерно было употребление сложносоставных имен, и это осложнило практическую сторону функционирования антропонимов

Взаимосвязь Аллах – человек. Имена религиозного содержания делятся на несколько групп. Первую группу составляют имена, восхваляющие ислам. Сюда входят имена с компонентами -алла/-улла, -дин, ислам, употребляющиеся только в составе мужских имен; имена-эпитеты Аллаха, особенность функционирования которых заключается в том, что часть из них употребляется только в качестве личного имени, а другая – и в функции нарицательных слов: газиз, гадел, рәхим, сәлам, гали, шаһит, хак, вәкил, хәким, ахыр, бакый, варис; имена близких пророку Мухаммаду людей, сохранившие до настоящего времени значение святости (Әминә, Хәдичә, Фәтыйма, Өммегөлсем, Гайшә, Әбүбәкер, Гомәр, Госман, Гали, Хәсән, Хөсәен и др.).

Религиозные воззрения отражены также в именах, образованных от названий религиозных праздников (Корбан, Корбангали, Корбансылу, Корбанбикә, Мәүлидә, Мәүлетгали), от названий календарных месяцев (Сәфәр, Рәжәп-Рәжибә; Шәгъбан, Рамазан, Рабига), от названий месяцев древнеиранского календаря (Әсфән, Фәрвәр, Фәрвәрия), от другой религиозной символики (Зәмземия, Фирдәүс, Фирдәүсә, Жәннәтбану, Гөлжәннәт, Кәүсәрия, Мәдина, Мәккә и др.).

## **СИНОНИМЫ СЛОВА «ЛЕКАРСТВО»: ОТТЕНКИ ЗНАЧЕНИЙ**

**Сами Абдельрахман.**

**Казанский государственный медицинский университет  
Научный руководитель – к.фил.н., асс. Кузнецова Е.Г.**

Синонимы — это слова, различные по звучанию и написанию, но имеющие одинаковое или очень близкое лексическое значение. Синонимы — признак богатства языка. Они используются для выделения смысловых оттенков и для повышения образности и художественной изобразительности речи.

Нельзя утверждать, что синонимы полностью тождественны по значению: каждый синоним имеет особый оттенок значения, отличающий его от других синонимов. Синонимы одного слова образуют синонимические пары, где одно слово (первое) является доминантой, т.е. имеет более общее значение, оно нейтрально по стилистической окраске и общепотребительно.

Рассмотрим синонимы слова лекарство в русском языке. Согласно толковому словарю Т.Ф. Ефремовой, лекарство — «это средство, применяемое для лечения или предупреждения болезни». В определении, которое даёт Д.Н. Ушаков, используется синоним-словосочетание лечебное средство. Однословных синонимов довольно много: медикамент, снадобье, средство, зелье, врачевство и другие.

Оттенки значений синонимов слова лекарство позволяют использовать их в конкретных контекстах, наиболее точно оперировать лексическим значением. Так, синоним медикамент (лат. medicamentum) используется, главным образом, в книжном стиле речи. Синоним снадобье — «целебный состав, смесь» — считается устаревшим, но может быть использован в разговорной шутливой форме. В отличие от этих двух синонимов, слово лекарство общепотребительно, то есть может использоваться во всех стилях речи. Это слово является доминантой в синонимическом ряду.

Любопытно, что синонимы слова лекарство могут иметь антонимичные оттенки значений. Например, панацея и паллиатив. Панацея — «лекарство, якобы исцеляющее от всех болезней», а паллиатив — «лекарство, дающее временное облегчение болезни, но не излечивающее». Слово противоядие значит «вещество, обезвреживающее яд или ослабляющее его действие», а зелье, напротив, «ядовитый напиток, приготовленный из настоя на траве». С другой стороны, слово зелье имеет и противоположное своему значению — «лечебный настой».

Синонимичными считаются и слова бальзам, капли, мазь, микстура, облатки, пилюли, порошок, эликсир и др. Однако это синонимы в том смысле, что их основное значение — лекарство, а значение каждого в отдельности — та или иная лекарственная форма.

## **СЕДИМЕНТАЦИОННЫЙ АНАЛИЗ СУСПЕНЗИИ АМОКСИЦИЛЛИН 250 МГ/5 МЛ**

**Зубенко А.В., Боровский Б.В.**

**Пятигорский медико-фармацевтический институт**

Седиментационный анализ — это совокупность методов определения размеров частиц в дисперсных системах по скорости седиментации. В химической технологии, а также в фармации этот вид анализа применяется для определения размеров частиц суспензий, эмульсий, порошков. При седиментационном анализе измеряется скорость накопления осадка во времени или другие пропорциональные ей величины.

Исследуемый лекарственный препарат является суспензией. Суспензии — жидкая лекарственная форма, содержащая в качестве дисперсной фазы одно или несколько измельченных порошкообразных лекарственных веществ, распределенных в жидкой дисперсионной среде.

Целью исследования явилось изучение фракционного состава лекарственного препарата «Амоксициллин 250 мг/5 мл». По измерению скорости седиментации и на основании исследования распределения частиц по высоте столба суспензии может быть проведено определение размеров частиц. Экспериментально были определены седиментационные характеристики Амоксициллина, порошка навески исследуемого препарата.

По полученным данным, с помощью компьютерной программы Microsoft Excel были обработаны данные и построена седиментационная кривая, по результатам седиментационного анализа была построена гистограмма и рассчитана относительного содержания фракций (совокупность частиц с размерами, лежащими в определенных интервалах). Был определен фракционный состав суспензии, в которой преобладают частицы с очень маленьким размером радиуса, таким образом, исследуемая суспензия малостойчива.

## **НАБУХАНИЕ ВЫСОКОМОЛЕКУЛЯРНЫХ ВЕЩЕСТВ**

**Асташкина М.А., Боровский Б.В.**

**Пятигорский медико-фармацевтический институт**

Процесс растворения высокомолекулярных соединений сопровождается явлением набухания. Это самопроизвольный процесс поглощения ВМС низкомолекулярной жидкости - растворителя, приводящий к значительному увеличению массы и объема взятого образца. Набухание заключается в следующем: молекулы низкомолекулярной жидкости-растворителя проникают в погруженное в нем ВМС, заполняя свободные пространства между макромолекулами. Процесс набухания можно рассматривать как протекающий в две стадии. Первая стадия (сольватация - гидратация) сопровождается выделением тепла, т.е. убылью свободной энергии, и объемным сжатием. Во второй стадии набухания жидкость поглощается без выделения тепла. Растворитель просто диффузно всасывается в петли сетки, образуемой спутанными нитями макромолекул. Различают неограниченное и ограниченное набухание. При неограниченном набухании макромолекулы, достаточно отодвинутые друг от друга, начинают отрываться и переходить в раствор. Ограниченным набуханием называется процесс взаимодействия полимера с низкомолекулярной, жидкостью, ограниченный стадией набухания. Самопроизвольное растворение полимера не происходит. На степень и скорость набухания ВМС влияют следующие факторы: температура, давление, pH среды, присутствие посторонних веществ (особенно электролитов), степень измельчения, "возраст" ВМВ.

Целью исследования явилось изучение процесса набухания корней ЛРС и влияния различных факторов на этот процесс. В эксперименте в качестве ЛРС были использованы корни Аира болотного (*Acorus calamus*). Измерение проводили с помощью прибора А.В. Поздника. После добавления различных электролитов в раствор, в который были помещены корни Аира, величина набухания менялась от большей, к меньшей, в зависимости от аниона, входившего в состав данного электролита. При смене температуры, так же было заметно изменение величины набухания. По полученным данным были построены графики и рассчитаны значения степени набухания.

## ФАРМАЦЕВТИЧЕСКАЯ ТЕРМИНОЛОГИЯ

Фадхил Ахмед.

Казанский государственный медицинский университет  
Научный руководитель – к.фил.н., асс. Кузнецова Е.Г.

Термины фармацевтика и фармация древнегреческого происхождения и восходят к слову *pharmakon* лекарство. В течение многих веков европейская медицина традиционно использует в фармацевтической терминологии латинские и латинизированные греческие слова.

Фармацевтическая терминология — это комплекс, состоящий из терминологии ряда специальных дисциплин, которые изучают изыскание, производство, применение лекарственных средств растительного, минерального, животного и синтетического происхождения. Рассмотрим некоторые основные фармацевтические термины:

Лекарственное средство (*medicamentum*) — вещество или смесь веществ, разрешённое уполномоченным на то органом соответствующей страны в установленном порядке для применения с целью лечения, предупреждения или диагностики заболевания. К лекарственным средствам относятся вещества растительного, животного, синтетического происхождения, обладающие фармакологической активностью и предназначенные для производства и изготовления лекарственных средств.

Лекарственное вещество (*substantia pharmaceutica*) — лекарственное средство, представляющее собой индивидуальное химическое соединение или биологическое вещество.

Лекарственное растительное сырьё — растительное сырьё, разрешённое для медицинского применения (трава, листья, кора и.д.).

Лекарственная форма (*forma medicamentorum*) — придаваемое лекарственному средству или лекарственному растительному сырью, удобное для применения состояние, при котором достигается необходимый лечебный эффект.

Лекарственный препарат (*praeparatum*) — дозированное лекарственное средство в виде определённой лекарственной формы.

Действующее (активное) вещество — компонент(ы) лекарственного средства, оказывающий(е) терапевтическое, профилактическое или диагностическое действие.

Комбинированные лекарственные средства — лекарственные средства, содержащие в одной лекарственной форме больше одного действующего вещества в фиксированных дозах.

Фармацевтическая терминология прописана в специальном документе — Международной фармацевтической номенклатуре.

## СИНОНИМЫ СЛОВА «БОЛЬНИЦА» В РУССКОМ ЯЗЫКЕ

Гавандэ Джей.

Казанский государственный медицинский университет  
Научный руководитель – к.фил.н., асс. Кузнецова Е.Г.

Синонимы (греч. *synonymos* одноименный) — слова, различные по звучанию, но тождественные или близкие по значению, нередко различаются своей экспрессивной окрашенностью, закреплённостью за определённым стилем, частотой употребления.

Группа слов, состоящая из нескольких синонимов, называется синонимическим рядом, на первое место в этом ряду ставится определяющее по значению и стилистически нейтральное слово — доминанта. Доминанта в синонимическом ряду больница, госпиталь, лазарет, лечебница, амбулатория, клиника, хоспис, поликлиника, врачевница, медпункт, медсанчасть, опиталь, стационар и др. слово больница (медицинское учреждение, в которое помещают больных для лечения). Слово опиталь (фр. *l'hôpital*) означает больница и наиболее близко к доминантному значению, но в русском языке используется крайне редко.

Другие члены ряда уточняют, расширяют его семантическую структуру, дополняют её оценочными значениями. Так, стационар (лат. *stationarius* неподвижный) — лечебное учреждение, имеющее постоянные места для больных. В отличие от стационара поликлиника, амбулатория и медпункт — медицинские учреждения, оказывающие помощь приходящим больным. Поликлиника (греч. *polis* город, *klinike* лечение) — медицинское учреждение, оказывающее приходящим больным и на дому внебольничную медицинскую помощь по разным специальностям. Амбулатория (лат. *ambulatorius* совершаемый на ходу) — лечебно-профилактическое учреждение преимущественно в сельских местностях, на отдельных предприятиях, оказывающее помощь приходящим больным и на дому по основным лечебным специальностям. Медпункт (сокращ. медицинский пункт) — амбулаторный пункт медицинской помощи при каком-нибудь учреждении, предприятии.

Значение слова лечебница конкретизировано — это лечебное учреждение специального назначения. Например, детская, глазная, хирургическая лечебница и др. Клиника (от греч. *klinike* врачевание, *kline* постель) — это тоже медицинское учреждение, но в нём, кроме стационарного лечения больных, проводятся преподавательская и научно-исследовательская работа.

Специальное значение имеет слово хоспис (лат. *hospes* и *hospitium* гостеприимство) — медицинское учреждение, в котором больные с прогнозируемым неблагоприятным исходом заболевания получают достойный уход и обслуживание.

Специальные значения имеют и слова госпиталь (лат. *Hospitalis* гостеприимный) — большая больница, преимущественно военная; и лазарет (фр. *lazaret*, ит. *lazzaretto*) — учреждение при воинской части для стационарного лечения больных.

Синонимические ряды могут состоять как из разнокорневых (больница, амбулатория, поликлиника, др.), так и из однокорневых синонимов (опиталь, госпиталь, хоспис).

## МЕДИЦИНСКИЕ ТЕРМИНЫ-МИФОЛОГИЗМЫ

Кумар Аджит.

Иркутский государственный медицинский университет  
Научный руководитель – к.фил.н., асс. Кузнецова Е.Г.

Научный термин должен быть однозначным, точным, без экспрессии и побочных ассоциаций, т.е. нейтральным. Однако слова медицинского лексикона вобрали в себя очень много из истории и культуры прошедших эпох. Рассмотрим медицинские термины с позиций культуролога, как «душу культурного участка земли», по слова П. Флоренского.

В медицине наряду с библеизмами, астрологизмами, эпонимами есть термины, этимология которых связана с мифами античности — это мифологизмы. Мифологизмы вошли в медицинскую терминологию в основном в эпоху Возрождения —

период культа античности и классической латыни. Так, термин Atlas, Atlantis — атлант, первый шейный позвонок восходит к имени греческого титана Атланта, державшего на своих плечах небесный свод; Tendo Achilles — ахиллово сухожилие (пяточное) названо по имени героя Троянской войны Ахилла. По мифу Фетида окунула сына в воды реки Стикса, тело Ахилла стало неуязвимым, осталась уязвимой только пятка, за которую она его держала; Cornu Ammonis — Аммонов рог, по имени древнеегипетского божества Амона Ра, изображавшегося в виде зрелого мужа, похожего на Зевса, но с бараньими рогами. Термин обозначает вал, вдающийся в просвет нижнего рога бокового желудочка мозга; Caput Medusae (голова Медузы) — так называется расширение подкожных вен передней брюшной стенки со змеевидным ветвлением вокруг пупка, наблюдаемое при портальной гипертензии. У мифического чудовища Медузы на голове вместо волос росли извивающиеся змеи, что и вдохновило ренессансного медика Северина на создание термина; Комплекс Медеи — один из выделяемых психоаналитиками комплексов, характеризующий стремление матери убить собственных детей, чтобы отомстить мужу. Медея, по древнегреческой мифологии, колхидская царевна, помогла Ясону и аргонавтам завладеть золотым руном. Страшась мести отца, она бежала с Ясоном в Грецию, но Ясон обманул её и взял в жёны другую. Медея отравила соперницу и убила своих детей от Ясона и др.

Знание мифологических источников, событий и персонажей позволяет воспринимать мифологизмы как наиболее яркие по своей семантике и интересные по форме термины. Однако по мере продвижения во времени, образность и фантастичность мифологических терминов угасает, и они воспринимаются вполне нейтрально, чего и требует термин.

## **ВКЛАД А.П. ПОЦЕЛУЕВСКОГО В РАЗВИТИЕ ЛИНГВИСТИКИ ТУРКМЕННОГО ЯЗЫКА**

**Бабаев Б.**

**Казанский государственный медицинский университет  
Научный руководитель – к.фил.н., асс. Ибрагимова Л.Г.**

Целью нашей научной работы является изучение деятельности выдающихся российских ученых-лингвистов, внесших большой вклад в развитие тюркских языков и оказавших влияние на систему образования в Средней Азии. В данной работе мы останавливаем внимание на научной деятельности талантливого ученого и преподавателя А.П.Поцелуевского, посвятившего свои работы исследованию и модернизации грамматики туркменского языка. В своем исследовании мы опираемся на сравнительно-исторический и сопоставительный методы изучения.

Основное место в планах А.П.Поцелуевского занимает изучение грамматического строя туркменского языка.

Особое внимание ученого занимал синтаксический строй туркменского языка. Его монография «Основы синтаксиса туркменского литературного языка» (1943) включает в себя изложение особенностей синтаксического строя туркменского литературного языка, а также языка классической туркменской литературы. В работе изложены классификации сложного предложения, типов словосочетаний. Так, он выделяет детерминативные, сочиненные, подчинительные виды словосочетаний. А.П. Поцелуевский предложил также свою классификацию сложноподчиненных предложений. Сложноподчиненные предложения аналитического типа: 1) предложения с союзами (ки, ч?нки); 2) предложения без служебных слов с одной лишь повествовательной интонацией в качестве формального показателя; 3) предложения с глагольными именами и причастиями в сочетании с предложениями.

К сложноподчиненным предложениям синтетического типа, в которых связь зависимого суждения с главным выражена особой грамматической формой предиката зависимого предложения Поцелуевский относил: 1) предложения с личными условными формами глагола; 2) предложения с личными глагольными формами на -янча/-й?нчэ, а также -ынча/-инч?; 3) предложения с личными показателями подчинения (главным образом -ка/-к?).

Также им выделялись сложноподчиненные предложения комбинированного аналитико-синтетического типа: 1) условные и уступительные периоды в сочетании с союзом эгер и эгер-де- 2) предложения с глагольными формами на -янча/-й?нчэ и -ынча/-инч? в сочетании с союзами.

## **МНОГООБРАЗИЕ, ФУНКЦИИ И ЗНАЧЕНИЕ ПОСЛОВИЦ И ПОГОВОРК (НА ПРИМЕРЕ ИНДИЙСКИХ ПОСЛОВИЦ)**

**Хатке Шреник Шиваджи, Камбале Акшай Сухас.**

**Казанский государственный медицинский университет  
Научный руководитель – к.фил.н., асс. Ибрагимова Л.Г.**

Мудрость и дух народа проявляются в его пословицах и поговорках, а знание пословиц и поговорок того или иного народа способствует не только лучшему знанию языка, но и лучшему пониманию образа мыслей и характера народа. Правильное и уместное использование пословиц и поговорок придает речи неповторимое своеобразие и особую выразительность.

Цель нашей работы заключается в том, чтобы классифицировать поговорки и пословицы по значению, указать функции и значимость их в культуре индийского народа. В исследовании рассматриваются жанры индийского фольклора в свете новой лингвистической парадигмы — коммуникативной лингвистики с широким использованием результатов смежных наук и изучением роли языковых единиц в речевой коммуникации. Методами исследования выступили концептуальное моделирование и интерпретативный анализ.

Пословицы и поговорки, являясь неотъемлемым атрибутом народного фольклора, и в свою очередь, атрибутом культуры данного народа, несут в себе отражение жизни той нации, к которой они принадлежат, это образ мыслей и характер народа. Проанализировав более 120 пословиц, мы выделили основные семантические группы (представлены только несколько):

1. Пословицы о труде

Всякое мастерство нелегко.

Кузнец ссорится с женой до тех пор, пока железо не накалится.

Лавка знатная, а лепёшки невкусные.

Ленивому придётся гору нести.

2. Пословицы о дружбе

В счастье дружбой пользуются, в беде её проверяют.

Давать, брать, делиться тайной, расспрашивать, угощать, принимать угощение – вот 6 признаков дружбы.

3. Пословицы о любви

Кокетство женщины – признак любви.

4. Пословицы о семье

Не учи своего дедушку кашлять.

Взять - так родственник, а обратно отдать - так совсем и не знаком.

Лучше пусть будет кривой дядя, чем никакого.

Мачеха всему дому отравя.  
Много детей иметь - за свои грехи наказание нести.  
5. Пословицы о правде и лжи  
Говорящий истину - всем враг.  
Молчание лучше лживых слов.  
Таким образом, в индийских пословицах и поговорках отражен богатый исторический опыт народа, представления, связанные с трудовой деятельностью, отношениями между родственниками, бытом и культурой людей.

## **СРАВНЕНИЕ СИСТЕМ СЛУЖЕБНЫХ СЛОВ ВО ФРАНЦУЗСКОМ И РУССКОМ ЯЗЫКАХ**

**Кабиров Р.Р.**

**Казанский государственный медицинский университет  
Научный руководитель – к.п.н., ст. преп. Пальжева Л. Г.**

### **I. Введение**

1. Цель работы – сравнительное сопоставление систем служебных слов в русском и французском языках, установление особенностей, присущих данным системам, а также сходств и различий между ними.

2. Задача – установление всеобщих и специфических черт, присущих системам служебных слов в русском и французском языках.

3. Метод исследования – изучение и сравнение систем слов во французском и русском языках.

### **II. Основная часть**

1. Части речи во французском и русском языках. Во всех языках выделяются лексико-грамматические группы слов, называемые частями речи.

2. Служебные части во французском и русском языках. В обоих языках имеются следующие категории служебных слов: предлоги, союзы, связки и частицы. Кроме этого во французском языке имеются еще такие служебные части, как: артикли, детерминативы и служебные местоимения.

3. Сравнение использования служебных слов в русском и французском языках.

III. Заключение: в результате проведенного исследования мы можем выделить черты, свойственные системам служебных слов, как общие для двух языков, так и специфические для каждого языка.

1. Важной особенностью французского языка по сравнению с русским является наличие слов, объединяющих признаки служебных слов и местоимений – служебные местоимения (например, *je, se,*), которые оформляют в предложении глагольную группу и детерминативы ( типа *mon, chaque*), оформляющие в предложении именную группу.

2. Во французском языке грамматические категории отражаются при помощи служебных слов: артиклей мужского и женского родов, единственного и множественного чисел. В русском языке их функцию выполняют флексии, порядок слов, различные лексические средства (местоимения, прилагательные, наречия)

3. Во французском языке, в отличие от русского, отношения между словами в предложении выражаются с помощью служебных слов: предлогов и союзов, а также с помощью порядка слов в предложении, а в русском – с помощью падежных окончаний.

## **РОЛЬ АНГЛИЙСКОГО ЯЗЫКА В ПРОФЕССИИ ПРОВИЗОРА-ФАРМАЦЕВТА.**

**Неганова А., Плотникова А.**

**Казанский Государственный Медицинский Университет  
Научный руководитель – к.фил.н., доц. Липатова Ю.Ю.**

Уровень профессионализма современного специалиста во многом определяется его способностью к осуществлению профессиональной коммуникации, в том числе иноязычному деловому общению.

Фармацевтический бизнес, занимающийся разработкой, производством, сбытом лекарственных средств как отечественного, так и зарубежного производства, должен осуществляться специалистами-провизорами, владеющими такими важными профессиональными качествами, как профессиональная мобильность, способность осуществлять устную и письменную деловую переписку, умение проводить деловые переговоры с потенциальными партнерами. Как правило, это многочисленные зарубежные компании, занимающие далеко не последнюю позицию на российском фармацевтическом рынке.

Очевидна востребованность специалистов-провизоров с таким уровнем владения английским языком, который позволит осуществлять непосредственное общение с зарубежными партнерами.

Почему именно английский? Потому что английский язык едва ли не единственный, занимающий особое положение и активно превращающийся в язык межнационального общения всего человечества. Владение иностранным языком является фактором подготовленности специалиста-фармацевта нового поколения.

Преимущества в деятельности фармацевта, владеющего иностранным языком в профессиональной сфере:

предпочтение при найме на работу в зарубежную компанию или совместное предприятие;  
удовлетворение высоких требований к знанию профессиональной терминологии, предъявляемые в ведущих отечественных и зарубежных фармацевтических компаниях;  
обслуживание иноязычных клиентов в аптеке;  
отсутствие речевого «барьера» при общении с зарубежными коллегами, позволяющее поддерживать деловые контакты;  
открытие собственной компании.

## **АНГЛИЙСКИЕ ЗАИМСТВОВАНИЯ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОЙ ТЕРМИНОЛОГИИ В РУССКОМ ЯЗЫКЕ**

**Клюс Д.Д.**

**Казанский государственный медицинский университет  
Научный руководитель – к.ф.н., доц. Липатова Ю.Ю.**

Ежедневно в своей речи мы употребляем огромное количество слов, заимствованных из иностранных языков. Английский язык один из них. Он обогащает как разговорную лексику, так и фармацевтическую терминологию.

Цель: установление значимости и места англицизмов в современной фармацевтической терминологии.

Медицинская и фармацевтическая лексика долгое время развивалась благодаря заимствованиям из разных языков мира. Основная часть заимствований происходила из латинского и греческого языков, но важную роль играют англицизмы.

Процесс проникновения новых терминов особенно заметен в последние десятилетия, что связано с прогрессом в медицине и фармации. Большинство английских слов перешло в русский язык с помощью транслитерации (передачи письменности одного языка с помощью алфавита другого языка). Например: Tripsin-Трипсин, Zymosan-Зимозан, Uromodulin-Uromodulin.

Среди английских заимствований наиболее частыми являются слова для обозначения лекарственных компонентов, лекарств, галеновых препаратов.

Немаловажно, что большинство англицизмов так или иначе пришли из греческого и латинского языка, это доказывает межъязыковую интеграцию. Например: pilula (лат.) - а pill (англ.) - пилюля, planta (лат.) - а plant (англ.) - растение, tabuletta (лат.) - а tablet (англ.) - таблетка.

В современной фармацевтической терминологии закрепились, главным образом, однозначные термины (toxin, cataplasma, plaster), но есть и многозначные, все значения которых принадлежат к сфере медицины и фармации. Например: medicine-медицина; pharmacy-фармация, аптека; potion-лекарственный напиток, лекарство.

Анализ фармацевтической лексики показывает, что в истории английского языка терминология фармации складывается из слов общеупотребительного языка: pigment (a spice, a remedy); gras (grass, plant, herb) и специально созданных заимствованных слов, которые выражают фармацевтические понятия: ointment, liniment, unguent.

В заключение хочется добавить, что заимствования из английского языка в фармацевтическую терминологию подняли эту сферу на более высокий уровень, обогатили русский язык, расширили зону употребления лексики. В итоге она стала общеупотребительной.

## **СИНТАКСИЧЕСКИЕ ФУНКЦИИ ПРИЛАГАТЕЛЬНЫХ В РУССКОМ И НЕМЕЦКОМ ЯЗЫКАХ**

**Солдатова Е.Е.**

**Казанский государственный медицинский университет**

**Научный руководитель – к.фил.н., ст. преп. Хайрутдинова М.Е.**

Актуальность исследования. Прилагательное функционирует в речи как слово, поясняющее существительное с предметным значением, оно тесно связано с субстантивным словом, в этом заключается одна из специфических особенностей прилагательного как части речи. Оно не может быть признаком действия, процесса.

Прилагательное во всех языках, в которых оно выделяется как отдельная часть речи, обозначает непроцессуальный признак (свойство), предмета, и этим оно отличается, например, от глагола, который также характеризует предмет, выражает процессуальный признак. Прилагательное входит в лексико-семантический класс предикатных слов, и это его свойство объединяет имя прилагательное различных языков.

Несмотря на относительную близость прилагательного, в разных языках имеются и различительные признаки.

Сопоставительно-типологическое исследование позволяет выявить существенные признаки отдельных языковых явлений, как с точки зрения всех сопоставляемых языков, так и для каждого языка в отдельности, более четко вскрыть специфику каждого изучаемого языка.

Цель исследования - провести сопоставительный анализ прилагательных разных семантических групп в атрибутивно-предикативной функции в русском и немецком языках.

В работе использовался комплекс методов: общенаучные методы исследования (анализ, синтез, обобщение); анализ литературы по теме исследования.

Функционирование имени прилагательного имеет в немецком и русском языках много сходных черт. Совпадает, например, употребление полной формы прилагательных в качестве препозитивного определения.

Различия проявляются в функционировании краткой формы. В обоих языках она может употребляться в качестве предикатива, но в немецком языке краткая форма в этом случае стилистически нейтральна, а в русском языке получает семантический оттенок сиюминутности описываемого состояния.

Краткая форма имени прилагательного более употребима в немецком языке, чем в русском. Она выступает в функциях обособленного и предикативного определений. В русском языке в первом случае употребляются полные прилагательные, а вторая функция вообще не реализуется.

## **УПОТРЕБЛЕНИЕ ПЕРФЕКТА И ПРЕТЕРИТУМА В СОВРЕМЕННОМ НЕМЕЦКОМ ЯЗЫКЕ**

**Андрюхина Ю.М.**

**Казанский государственный медицинский университет**

**Научный руководитель – к.м.н., ст. преп. Хайрутдинова М.Е.**

Актуальность исследования. Времена в немецком языке в основном выражаются при помощи шести временных форм - настоящего (Präsens), прошедшего - Präteritum, Perfekt и Plusquamperfekt - и будущего - Futurum I, II. Präsens и Präteritum являются простыми грамматическими формами, в образовании которых участвует лишь один смысловой глагол, а все остальные - сложными, предполагающими участие в образовании временной конструкции вспомогательного глагола помимо смыслового.

Цель исследования - рассмотреть особенности употребления перфекта и претеритума в немецком языке. В работе использовался комплекс методов: общенаучные методы исследования (анализ, синтез, обобщение); анализ литературы по теме исследования. В немецком языке для выражения действий, событий и состояний, завершённых к моменту речи, используется три временные формы: - имперфект (Präteritum), - перфект (Perfekt), - плюсквамперфект, или давно прошедшее время (Plusquamperfekt).

Основное правило, регулирующее употребление Perfekt и Präteritum, можно сформулировать следующим образом: в разговорной речи в большинстве случаев употребляется Perfekt, а в речи письменной - Präteritum. При этом, значение предложения не зависит от того, сформулировано ли оно с использованием Perfekt или Präteritum. Как и большинство грамматических правил, это правило весьма приблизительное. Также следует отметить, что на севере Германии в разговорной речи довольно часто используется Präteritum, а на юге почти всегда Perfekt. В силу своего «книжного» характера Präteritum придает речи несколько возвышенный, более «рафинированный» характер. Но злоупотреблять этим в разговорной речи не стоит, поскольку неоправданное употребление Präteritum может придать речи излишнюю напыщенность.

## **ИЛЕБЕЗДӘ ФИЗИК БЕЛЕМ ҺӘМ ТӘРБИЯ БИРҮГӘ НИГЕЗ САЛГАН ГАЛИМ**

**Мусаева С. Р.**

**Казанский государственный медицинский университет  
Научный руководитель – к.фил.н., доц. Фидаева Л.И.**

Максатыбыз илебездә физик белем һәм тәрбия бирүгә нигез салган галим Петр Францевич Лесгафтның тормышын-эшчәнлеген русча чыганаclarдан өйрәнәп, татарчага кыскача тәржемә итү булды. Эш барышында татар һәм рус телләрен чагыштырып өйрәнү алымы кулланылды.

Петр Францевич Лесгафт - танылган анатом, антрополог, психолог, педагог; илебездә физик белем һәм тәрбия бирүенң, дөвалау гимнастикасының фәнни нигезләрен булдырган галим.

П.Ф.Лесгафт 1837-елның 20-сентябрендә Петербуртта руслашкан немец гаиләсендә туа. Атаклы «Петершуле» училищесын, аннан гимназия тәмамлап, Петербург медицина-хирургия академиясенә укырга керә. Баштарак Лесгафт химия белән кызыксына, 1860-елны профессор Грубер тырышлыгы белән практик анатомия кафедрасы ачылгач, анатомия белән мавыга. Профессор аны үзенең ярдәмчәсе итә, төрле препаратлар ясау, мәет бәлзәмләү кебек эшләрне ышанып тапшыра башлый. 1860-елда Императрица Александра Федоровна жәсәден оста итеп бәлзәмләгәнә өчен 3-курс студенты Петр Лесгафт 300 сум акча белән бүләкләнә.

Академияне көмеш медальгә тәмамлагач, Лесгафт кафедрада укыта башлый; фәнгә дә вакыт таба. 1865-елда туры эчәкнең мускул катламнары турындагы диссертациясен уңышлы яклап, медицина докторы дәрәжәсен ала. 1868-елда Казан университетының физиологик анатомия кафедрасына экстраординар профессор итеп сайлана, соңрак ординар профессор исеменә тәкъдим ителә. Кызганыч, аңа бу дәрәжәне алу насыһ булмый: 1871-елда ул Казан университетыннан китәргә мәжбүр була һәм, остазы Грубер тәкъдире белән, Петербуртка кире кайта.

Шушы чорда Лесгафт физик тәрбия бирүенң теоретик һәм практик нигезләрен өйрәнә, гимнастика белән дөвалаганда кеше организмының төзелешен, үзгәрешләрен яхшы беләп эш итүенң мөһимлеген ачып бирә.

Лесгафт Үзәк гимнастика институты ачу өе белән яши, аның проектын да төзи. Ләкин үзе исән чакта аның бу хыялы тормышка аша алмый кала (Бу проект күп еллардан соң гына гамәлгә куела. Бүгенгә көндә Санкт-Петербурттагы Физик культура институтының Лесгафт исемен йөртүе тикмәгә түгел).

П.Ф.Лесгафт 1909 елны 72 яшендә вафат була. Кабере Петербургның Волково зиратында. Галимнең якты истәлегә Казанда да яши: Казан университеты шәһәрчегендәге Анатомия театры флигелендә Лесгафт хөрмәтенә истәлек тактасы куелган. Казанның Вахитов районында аның исемен йөрткән урам бар.

## **ТРУДНОСТИ ИРАНСКИХ СТУДЕНТОВ ПРИ УПОТРЕБЛЕНИИ ПАДЕЖА В РУССКОМ ЯЗЫКЕ**

**Эльмаграби Али Ахмед**

**Казанский государственный медицинский университет  
Научный руководитель – к.п.н., асс. Балтаева В.Т.**

Цель нашей работы заключается в выявлении и анализе тех сложностей, которые возникают у иранских студентов при изучении категории падежа в русском языке.

Обычно трудности обусловлены многогранностью категории падежа в русском языке и отсутствием данной категории в персидском языке.

Наличие обязательного согласования имени прилагательного, числительного с существительным приводит зачастую к неправильному выбору падежных окончаний при выполнении тех или иных упражнений иранскими студентами.

Несмотря на то, что русский язык и персидский язык относятся к одной языковой семье индоевропейских языков, их грамматические системы весьма различны. Грамматические значения, аналогичные тем, которые в русском языке выражаются падежной формой или сочетание падежной формы с предлогом, в персидском языке передаются аналитическими средствами, в данном случае особую роль играют служебные слова. Они различны по семантике и выполняемым функциям. От однозначных слов их отличает то, что их значение в основном несамостоятельное и предполагает наличие какого-то другого значения, выраженного знаменательным словом. Среди служебных слов важнейшая роль принадлежит предлогам, осуществляющим подчинительную связь между членами словосочетаний и предложений. В персидском языке отсутствует система падежей, поэтому персидские предлоги оказываются функционально более нагруженными по сравнению с предлогами тех языков, которые обладают и падежной системой, и предлогами.

В сопоставлении, в грамматике персидского языка, категория рода, и падежа отсутствует, разграничение полов выражается лексико-семантическими средствами, а из-за отсутствия категории падежа формы и окончания слов при употреблении в различных ситуациях и передачи разных мнений остаются не неизменными. Для передачи смысла в различных ситуациях используются предлоги, а окончания частей речи остаются без особых грамматических изменений.

Таким образом, мы выявили причину возникновения наиболее распространенных ошибок у иранских студентов, встречающиеся в процессе изучения категории падежа в русском языке.

## **ТРУДНОСТИ ПРИ УПОТРЕБЛЕНИИ ПРЕДЛОГОВ В ДАТЕЛЬНОМ ПАДЕЖЕ**

**Али Адали Ахмед Сали.**

**Казанский государственный медицинский университет  
Научный руководитель – к.п.н., асс. Балтаева В.Т.**

Цель нашей работы при обучении русского языка заключается в его использовании как средства общения и надежного инструмента формирования и оптимизации правильной русской речи.

В своей работе мы опираемся на сопоставительный метод изучения.

Иранские студенты очень затрудняются при употреблении предлога (к) в дательном падеже. В персидском языке так же существует предлог (к (ک -)) по значению они очень схожи и употребляются более менее в одинаковых ситуациях. Кроме этого персидский предлог (ک -) обычно передает те значения в персидском языке, которые передаются в Д. п. с предлогом (к) или без него в русском языке, но этой разницей, что во всех передаваемых ситуациях и смыслов употребляется предлог (ک -). В русском языке в Д.п. предлог (к) употребляется в зависимости от ситуации передаваемого предложением. На вопрос Кому вы пишете письма?.... (младший брат) студенты могут ответить Мы пишем письма к младшему брату. Студенты допускают эту



ошибку, потому что употребляют предлог (к) русского языка путем его перевода с персидского языка на русский. Похожая ситуация происходит и с предложом (с) в русском языке. В персидском языке есть такой же близко по значению предлог (<sup>4</sup> -), но при употреблении так же как предлог (к) (<sup>4</sup> -) в отличие от русского языка в персидском языке он всегда употребляется. Студенты совершают ошибки, потому что не уделяют нужного внимания на употребление предлогов в русском языке и употребляют предлоги, переводя их с персидского языка. На пример, на вопрос Кем вы хотите стать?... (большой писатель). Студенты могут ответить: Я хочу стать с большим писателем.

В других случаях студенты затрудняются в понятии нужного смысла предлогов русского языка или же не правильно понимают их значения в предложениях. Например, можно увидеть следующие ошибки, Чей это портфель?... (наш преподаватель). Это портфель о нашему преподавателю.

Таким образом, иранские студенты имеют большие трудности при употреблении предлога (к) в дательном падеже. Притом у них вообще отсутствует правильное понятие об управлении падежей. Обычно студенты употребляют падежи русского языка путем перевода их с персидского языка. Для избегания данных трудностей предлагается употреблении предлога (к) в дательном падеже, должны сопровождаться широким кругом эффективных упражнений и текстов.

## **ФОНЕТИЧЕСКАЯ ИНТЕРФЕРЕНЦИЯ ПРИ ИЗУЧЕНИИ РУССКОГО ЯЗЫКА ТУРКМЕНСКИМИ СТУДЕНТАМИ**

**Атаева Солтангозель**  
**Казанский государственный медицинский университет**  
**Научный руководитель – к.п.н., асс. Балтаева В.Т.**

Нами было проведено исследование по выявлению причин слабого уровня владения русским языком туркменских студентов.

Анализ практики обучения туркменских студентов показывает, что в процессе овладения произносительными нормами второго иностранного языка возникает ряд трудностей, которые связаны с фонетической интерференцией.

Понимание интерференции как взаимопроникновение элементов одного языка в другой, приводящее к отклонениям от нормы, составляет лингвистическую основу и определяет стратегию методики обучения неродному языку. Интерференция возникает в тех случаях, когда двуязычный индивид отождествляет фонему вторичной системы с фонемой первичной системы и, воспроизводя ее, применяет к ней фонетические правила первичного языка.

Главным средством исправления фонетической интерференции являются специальные фонетически направленные упражнения, которые могут быть двух видов: а) при слушании; б) во время воспроизведения. Слушание всегда должно сопровождаться заданием, которое концентрирует произвольное внимание на определенной характеристике фонемы. Доступным и эффективным способом борьбы с интерференцией является использование стихов, рифмовок, считалок, загадок. Они способствуют разработке речевого аппарата.

Туркменский язык по большинству грамматических признаков является типичным тюркским языком, но для него, характерно отсутствие сингармонизма. В туркменском нет отличия по твердости-мягкости, не отличаются заднеязычные и переднеязычные звуки, отсутствует ассимиляция согласных на стыке корня и аффикса, поэтому корни туркменских слов оформляются одними и теми же аффиксами.

Среди произносительных сложностей для туркменских студентов выделяется произношение слов со стечением согласных в начале, середине и конце, так как для тюркских языков стечение согласных, особенно в начале слова, нехарактерно.

Также встречаются явления фонетической интерференции, связанные с постановкой ударения. В русском языке ударение разноместное в туркменском языке ударение постоянное.

Таким образом, улучшению уровня владения русским языком соответствуют упражнения переводческого характера, при выполнении которых студенты должны проанализировать языковой материал, затем соотнести транскрипционные знаки со звуковой системой языка, нормами орфоэпии, и только после этого выполнять коммуник

## **НАРОДНАЯ МЕДИЦИНА И НАРОДНЫЕ СРЕДСТВА ЛЕЧЕНИЯ**

**Тайво Темидайо Джери**  
**Казанский государственный медицинский университет**  
**Научный руководитель – к.п.н., асс. Балтаева В.Т.**

Народная медицина, основанная на богатейшем опыте врачевания различных болезней и недугов, в течение всего развития современного общества, занимает свое определенное место в системе здравоохранения стран Африки. В Африке до 80 % всего населения пользуется народной медициной.

Самая существенная разница, отличающая народную и традиционную медицину в том, что первая использует только природные лекарства, традиционная же медицина преимущественно предлагает медикаментозное лечение. Но очевиден тот факт, что народная медицина справляется зачастую с теми проблемами, которые не под силу традиционной медицине. Именно это и есть основная причина выделения народной медицины наряду с традиционной. И не смотря на все обвинения в адрес нетрадиционной медицины, ее методами пользуются люди, которым она помогла, заменив таблетки, или помогла, в то время как традиционная медицина потерпела поражение в борьбе с болезнью. Именно поэтому многие африканцы используют народные средства как альтернативу любым медицинским препаратам, поскольку синтетические препараты вызывают множество побочных действий и отрицательное влияние на организм – ослабление иммунитета, привыкание, аллергию, а некоторые просто не вылечивают.

Народные средства составлены на основе опыта использования лекарственных растений в борьбе с недугами человеческого организма. Эти растения оказывают помощь в борьбе с болезнью, при этом не вызывая побочных эффектов. Народная медицина используется не только для лечения заболеваний, но и для их профилактики, а также оказывает непосильную помощь в укреплении иммунитета

Уникальность народной медицины: эта сложная система терапии учитывает и возраст, в пол больного, и природные условия, и время, и фазы Луны. В ней комплексно используется весь арсенал имеющихся средств: фармакология и массаж, психо- и физиотерапия, диетология.

Народная медицина включает в себя представления об анатомии и физиологии человека, о причинах и диагностике болезней, а также фармакологию, хирургию с травматологией, акушерство с гинекологией, педиатрию и физиотерапию, психотерапию, наконец, санитарную, гигиену и косметическую.

Народная медицина призвана не только лечить, но и предупреждать заболевания, обеспечивая профилактическую, санитарно-гигиеническую помощь на всех этапах жизненного цикла человека.

## **К ВОПРОСУ ОБ ОБУЧЕНИИ ТУРКМЕНСКИХ СТУДЕНТОВ РУССКОМУ УДАРЕНИЮ**

**Нургельдиева Тавус**

**Казанский государственный медицинский университет**

**Научный руководитель – к.п.н., асс. Балтаева В.Т.**

Актуальность исследования обусловлена трудностями при постановке словесного ударения в русском языке, принадлежностью изучаемого и родного языков к разным генеалогическим группам.

Целью исследования является сопоставление ударения и ритмики русского и туркменского языков для организации процесса обучения русскому языку туркменских студентов.

Исследование русско-туркменского двуязычия неизбежно связано с решением вопроса: как воспринимают русское ударение носители туркменского языка?

В русском языке ударение неразрывно сопровождается удлинением ударного гласного.

Самостоятельного представления долгих и кратких гласных русский язык не имеет, поэтому ударение ассоциируется в русском языковом мышлении с представлением силовой ударности. Звуковосприятие носит субъективный характер и различно у представителей разных языков. Субъективность и различия в восприятии одного и того же звукокомплекса зависят от языковых навыков, приобретенных каждым индивидуумом в процессе усвоения его родного языка.

Ударные гласные русского языка воспринимаются туркменами как долгие. Об этом свидетельствует их графическая передача с помощью двух точек над долгим гласным звуком. Например: труд [трут] - zähmet, ўтка [уткə] – ördək, wāza [wazə] – küze.

Как видно, представления об ударности в языковом мышлении носителей обоих языков не адекватны. По-видимому, это обусловлено тем, что долгота и напряженность – доминирующие факторы восприятия русского ударения – в туркменском языке с ударностью слога так тесно не связаны. Словесное ударение обоих языков относится к динамическому типу.

В обоих языках ударение – признак слова: в русском – индивидуальный признак каждого отдельно взятого слова в силу разноместности ударения, в туркменском – общий признак благодаря фиксированности места ударения.

Общность проявляется в том, что ударение обоих языков участвует в ритмической организации слова.

Таким образом, при постановке русского словесного ударения прибегать к аналогии с ударением туркменского языка нецелесообразно, так как словесные акценты сопоставляемых языков по функциональной нагрузке и акустическим способам выражения во многом не совпадают.

## **ЮТОГБА ЕНДОН-ГОНБО - ТИБЕТСКИЙ МЕДИК**

**Патхан Билал**

**Казанский государственный медицинский университет**

**Научный руководитель – к.п.н., асс. Балтаева В.Т.**

Исторически достоверно, что тибетская медицина – детище древнеиндийской медицины, поэтому нередко называют ее индо-тибетской.

Выдающимся тибетским врачом был Ютогба Ендон-Гонбо. Предание гласит, что когда Ютогба родился на свет, из его тела вышли мудрецы, которые его благословили.

С трех лет Ютогба-младший имел уже наклонности к медицине, изучал пульс и свойства мочи у своих сверстников, собирал лекарственные травы, минералы, вызывая всеобщее восхищение. К восьми годам он уже знал основы хирургии. С 12 лет под руководством опытных учителей Ютогба-младший стал познавать основы медицинской науки. Вскоре он настолько преуспел, что вылечил своего учителя Рогдан Гончок-Жаба, тяжело заболевшего во время путешествия подагрой. Учитель отблагодарил ученика, подарив ему большое количество медицинских сочинений, привезенных из разных стран. Из исторической тибетской литературы мы узнали, что Ютогба-младший неоднократно посещал Индию и арабские страны с целью установления тесных связей с индийскими учеными-пандитами.

В зрелом возрасте, в расцвете творческих сил он написал руководство по исследованию пульса, а также переработал трактат «Чжуд-ши», внес в него дополнения и написал комментарии. Его перу принадлежат известные сочинения «Сэр-шан» и «Сонг-шан» – дополнения и примечания к «Чжуд-ши». Ознакомившись с огромным количеством литературы, обобщив накопленные знания, Ютогба-младший написал сочинение «Ча-лаг чжо-бжад», состоящее из 18 частей, во многом разъясняющее положения «Чжуд-ши». В этом труде он изложил вопросы истории медицины, прокомментировал второй том «Чжуд-ши», подробно толкуя вопросы эмбриологии, анатомии, физиологии, патологии, диагностики, гигиены, фармакологии, хирургии. Ютогба-младший был автором целого ряда медицинских сочинений, ученым, внесшим существенный вклад в развитие тибетской медицины.

Он являлся создателем школы, последователи которой в течение многих столетий собирали, систематизировали, обобщали, творчески перерабатывали огромный материал медицины Тибета. По его инициативе были созданы специальные медицинские школы-монастыри, обособленные от религиозных центров. В этих монастырях Ютогба-младший читал свой перевод «Чжуд-ши» и написанные им комментарии к нему, а также обучал своих учеников практическим медицинским навыкам.

## **ПО ЗОВУ СЕРДЦА: ВЕЛИКИЙ ВРАЧ АЗЕРБАЙДЖАНА**

**Мурадов Камиль.**

**Казанский государственный медицинский университет**

**Научный руководитель – к.фил.н., асс. Никитюк В.П.**

Цель исследования - рассказать о великом враче Азербайджана.

Заслуженный врач Азербайджана Абдулла Омарович Шихлинский относится к когорте специалистов, которые закладывали научные и практические основы современной азербайджанской медицины. Он был великолепным практикующим врачом, проводившим сложнейшие хирургические операции в области отоларингологии, талантливым ученым, внесшим существенный вклад в медицинскую науку, прекрасным педагогом, подготовившим для страны немало научных кадров.

В годы Великой Отечественной войны Шихлинский был действующим хирургом. В это суровое время доцент Шихлинский самоотверженно трудился в бывшей больнице имени Семашко, не отказываясь от выполнения сложнейших хирургических операций.

Одновременно с практической медициной Шихлинский занимался и наукой. Еще до войны он написал ряд ценных научных статей, в частности, об исследовании состояния верхних дыхательных путей и органов слуха. Шихлинский занимался также изучением влияния климата курортного города Шуши на верхние дыхательные пути детей.

Абдулла Шихлинский был не только высококлассным практикующим врачом и талантливым ученым, но и хорошим педагогом. Он подготовил немало специалистов в области отоларингологии. Уже будучи в пенсионном возрасте, он в течение пяти лет вел курс отоларингологии на ведущем лечебно-профилактическом и других факультетах института как на азербайджанском, так и русском языках.

И все это время он продолжал в сложных случаях консультировать врачей больницы, помогая им устанавливать точный диагноз и назначать правильное лечение, присутствуя в случае необходимости на сложных операциях. Нужда в знаниях Абдуллы Шихлинского, в его квалифицированной помощи была постоянной.

Долгие годы доцент Шихлинский возглавлял Общество отоларингологов республики, читал лекции широкой аудитории, выступал по телевидению. Все, кто его знал, запомнили его добрым, отзывчивым человеком, немедленно откликающимся на любые просьбы, причем совершенно бескорыстно.

В этом году общественность Азербайджана отмечает 112 - летний юбилей со дня рождения Абдуллы Шихлинского. И нам хотелось бы в этот день помянуть его самым добрым словом за все, что он сделал для людей и для науки.

## **АЛЬТЕРНАТИВНАЯ МЕДИЦИНА В ИЗРАИЛЕ**

**Силенок Александр**

**Казанский государственный медицинский университет**

**Научный руководитель – к.фил.н., асс. Никитюк В.П.**

Цель исследования - показать роль альтернативной медицины при лечении различных заболеваний.

Гомеопатия, как метод лечения, зародилась еще в 19 веке, и за это время завоевала миллионы сторонников и последователей. Гомеопатические средства, в составе которых нет химических и чужеродных организму веществ, пробуждают в человеке силы для эффективного самоизлечения.

Израиль славится своей лидирующей позицией в мире в сфере медицины. Эта страна известна своими альтернативными методами лечения, которые показывают порой даже больший эффект, чем при использовании более традиционных средств. 5 лет назад в Израиле заслуженную популярность среди прочих методов обезболивания завоевало применение медицинского каннабиса. Именно эта "травка" облегчала страдания онкобольных, людей, которых мучили болезни Альцгеймера, Паркинсона, рассеянный склероз, гипертония, сахарный диабет и другие недуги. Недавно министерство здравоохранения приняло решение сократить месячную дозу каннабиса до 50 г на пациента, что вызвало волну негодования и паники. Как разрешится этот вопрос пока неясно, но в Израиле принято активно использовать альтернативные методы лечения, и одним каннабисом это не ограничивается.

Более того, многие исследователи в Израиле придают большое значение именно травяным и гомеопатическим методикам лечения.

Другое направление, часто исследуемое израильскими медиками и учеными – оздоровительные свойства различных продуктов. Например, они выявили преимущества фиников в борьбе с кардиологическими заболеваниями. Конечно, генетическую предрасположенность и халатное отношение к собственному здоровью им не переосилить, однако с точки зрения профилактики, этот продукт лучше любых лекарств. При этом медики отмечают, что вся польза продукта скрыта в его волокнах (фибрах), поэтому нектары, соки и различные концентраты не имеют того же эффекта. В общем и в целом, медицина Израиля никогда не полагается всего на одну методику или подход. Ей свойственна мультидисциплинарность, которая в свою очередь позволяет приходить к оригинальным методам лечения, схожим которым нет во всем мире.

## **ИСТОРИЯ РАЗВИТИЯ АРОМОЛОГИИ В ДРЕВНЕМ ЕГИПТЕ**

**Мабрук Амр Мабрук**

**Казанский государственный медицинский университет**

**Научный руководитель – к.фил.н., асс. Никитюк В.П.**

Цель исследования - показать развитие аромалогии и ее значение для современности.

История косметологии насчитывает как минимум двадцать тысяч лет. Искусство украшения своего лица и тела восходит к доисторическим временам - в древности и мужчины и женщины пользовались косметикой в равной степени.

В истоках косметологии лежат здравый смысл и функциональность. Все начиналось с осознания необходимости личной гигиены, ритуальных раскрасок и желания выделиться. Мужчина раскрашивал себя, для того чтобы устрашать врагов и привлекать добрых духов, а женщина - для соблюдения ритуалов и просто для красоты.

Кольбелью косметики считается Древний Египет. Первый справочник по косметике был обнаружен в Египте и составлен Клеопатрой. Не так давно итальянские ученые нашли остатки парфюмерной фабрики царицы Клеопатры. При раскопках был обнаружен «косметический кабинет», принадлежавший египетской царице Хатшепсут. Секретом изготовления косметических средств в то время владели жрецы - для этого они использовали многочисленные растения. Уже тогда косметические средства применялись как в лечебных, так и в чисто декоративных целях. Состоятельные люди применяли дорогостоящие методы улучшения внешности (красились и женщины, и мужчины), доставая для этого специальные вещества, а менее богатые, не мудрствуя, применяли народные средства.

До наших дней дошла мода египетских красавиц - удлинять глаза с помощью темной линии вдоль века по направлению к виску.

Сохранился один из самых древних в мире рецептов туалетной воды, композиция которой была составлена из ароматов мирры, аира, можжевельника, кипариса, кориандра, мяты и меда.

Первый письменный документ, содержащий перечень своего рода косметических правил, найден в одной из египетских гробниц. Это был рецепт-гигант, написанный 1500 лет до н. э. жрецами на папирусе длиной примерно в 21 метр. Впоследствии этот перечень получил название «Папирус Эберса». Папирус содержал ряд косметических рецептов. Некоторые из рецептов, приведенных в этом папирусе, не утратили своего значения и в настоящее время. В Египте был найден также первый справочник по косметике, составленный царицей Клеопатрой (I в. до н. э.). Его рецепты использовались и в более позднее время.

## **ЯЗЫКИ ИСЛАМСКОЙ РЕСПУБЛИКИ АФГАНИСТАН**

**Шуджазада Талиха**

**Казанский государственный медицинский университет  
Научный руководитель – к.фил.н., ст. преп. Светлова Р.М.**

В Афганистане насчитывается более 20 языков и 200 различных диалектов. Согласно действующей конституции, официальными языками в Афганистане признаны пушту (афганский язык) и дари (фарси-кабули, афганский диалект персидского языка). Дари является одним из официальных языков Республики Афганистан и относится к иранской группе языков индоевропейской ветки. Язык дари произошел от древнеперсидского языка. Нынешнее название этот язык получил сравнительно недавно, так как в разные исторические времена его называли по-разному: кабули, персидско-кабульский, кабульско-таджикский и афганско-персидский.

Сегодня дари является родным для 15 миллионов жителей Афганистана и Пакистана. Дари служит языком межнационального общения. Считается, что больше половины населения Афганистана предпочитают говорить на дари.

За основу письменности дари взята арабская графика, что характеризуется написанием справа налево и расширенным вариантом персидского алфавита. В качестве литературного языка используется диалект кабули, который считается афганским вариантом персидского языка.

Второй официальный язык Республики Афганистан – это пушту, язык пуштунов. Он принадлежит к индоевропейской семье языков и насчитывает ок. 20 племенных диалектов, объединенных в две основные ветви: восточную, или пахто (с гильзайским, пешеваро-момандским и афридийским диалектами) и западную, или пашто (с кандагарским (или дурранийским), вазирым, хаттакским и др. диалектами). Наибольшее распространение пушту имеет в пуштунских областях, где на нем говорит ок. 13 млн. чел., и попытки правительства повысить его статус до сих пор терпели неудачу.

В области фонетики в пушту широко употребляются ретрофлексные согласные, что отличает их от близкородственных памирских языков. Для морфологии характерны флексии. Именные части речи характеризуются наличием категорий числа, рода, падежа, степени сравнения, определенности/неопределенности, одушевленности/неодушевленности. Система глагола представлена категориями наклонения, вида, времени, лица, числа, рода, переходности/непереходности.

## **ДРЕВНЕИНДИЙСКАЯ ХИРУРГИЯ («СУШРУТА - САМХИТА»)**

**Дешпанде Неха**

**Казанский государственный медицинский университет  
Научный руководитель – к.фил.н., ст. преп. Светлова Р.М.**

Об успехах легендарных врачей Чарака и Сушрута повествуют Древние индийские тексты. Основные направления искусства врачевания древних индусов отражены в медицинских трактатах «Чарака-самхита» — о внутренних болезнях (I-II вв. до н.э.), и «Сушрута-самхита» — о хирургии (IV в. н.э.).

«Сушрута самхита» дает представление о хирургии Древней Индии. Автор трактата Сушрута называл хирургию «первой и лучшей из всех медицинских наук, драгоценным произведением неба и верным источником славы». Он был великим хирургом, выполнившим множество сложных операций. Он описал более 300 операций, свыше 120 медицинских инструментов и более 650 лекарственных средств. Хирургические инструменты подразделялись на тупые и острые, причем к первой категории относился 101 инструмент, ко второй — 20. В трактате содержатся и четкие указания по хранению и использованию этих инструментов. Некоторые из них удивительно похожи на хирургические инструменты, используемые в настоящее время. Также трактат по хирургии включает в себя суждения о том, что операция — это полный курс лечения: постановка диагноза, тщательная подготовка к операции и послеоперационный уход, вплоть до полного выздоровления больного. В «Сушрута самхита» описаны полостные операции, удаление катаракты и даже пластические хирургические вмешательства. Сушрута считается новатором в области техники ринопластики, которая практикуется с 600 года до н.э. Об анатомических познаниях врачей Древней Индии можно судить по тому, что в труде Сушруты перечислены 300 костей, 500 мышц, более 700 сосудов и около 100 суставов.

Самхита состоит из шести разделов, которые охватывают все отрасли медицины - в том числе токсикология, гигиена, акушерство, офтальмология, психосоматические заболевания и медицинские инструменты.

Врачеватель жил в Индии. Его имя связывают с медицинской школой в Бенаресе, где он практиковал и преподавал искусство хирургии. Впервые трактат был переведен на арабский язык в VIII-м веке, а позднее - на европейские языки.

## **АРАБСКИЕ ЗАИМСТВОВАНИЯ В РУССКОМ ЯЗЫКЕ**

**Альжанати Нур Хасан**

**Казанский государственный медицинский университет  
Научный руководитель – к.фил.н., ст. преп. Светлова Р.М.**

Целью данной работы является выявить и рассредоточить по группам арабские заимствования в русском языке. В результате тесных экономических, политических, военных и культурных контактов словарный состав русского языка пополнялся значительным количеством арабизмов. В процессе работы нами было выявлено около 300 лексических единиц. Мы разделили их на группы:

1. Лексика религиозного содержания: факир, талисман, кааба, ханжа, муэдзин, хаджи, хайр, хашар, медресе, намаз, хадж, Аллах и др.
2. Научные термины: алгоритм, алхимия, мазут, алькалоз, алмаз, зенит, тальк, алгебра, цифра, амальгама и др.
3. Отношения между людьми, по отношению к другому человеку: набоб, хабар, али, гуяр и др.
4. Помещения, жилища, предметы быта: мектеб, альков, кафе, мангал, шадуф, минарет, фитиль, магазин, матрац др.
5. Продукты питания, еда, напитки: халва, рахат-лукум, шербет, кофе и др.
6. Птицы, животные: альбатрос, жираф, попугай и др.
7. Растения, цвета: алкана, барбарис, шафран, хна, азул, могол, гармала, эстрагон и др.
8. Сфера деятельности, человек: хаким, алькальд, мюрид, шейх, визирь и др.
9. Искусство: газель, бейт, месневи, уд, ашуг, лютня и др.
10. Одежда: халат, газыры и др.
11. Время: хиджра, рамадан

12. Ткани, фурнитура: бязь, макраме, бахрома, атлас и др.
13. Транспорт: фелюга, шаланда
14. Военные термины: калибр, мат, арсенал и др.
15. Деньги, денежные отношения: тариф, кабала, динар и др.
16. Природные явления: самум, сирокко, сель, шотты, муссон, хамсин
17. Мера веса: феддан, квинтал, вилайет, мискаль
18. Детали механизмов: алудель, алембик, нория, аламбик, алидада
19. Лингвистические термины: фатха, кясра, дамма, сукун и др.

Представленные выше группы неравномерны по количеству лексем, что является нормой. А принадлежность некоторых отдельных слов к той или иной группе, может быть спорным вопросом. Это связано с тем, что большая часть лексических единиц полисемична, и разные значения одного и того же слова принадлежат к разным группам. А также значения слов могут вытекать одно из другого. Кроме того, рассматриваемые лексемы часто имеют переносные значения.

## **К ВОПРОСУ О ПРОИСХОЖДЕНИИ ЛАТИНСКИХ НАЗВАНИЙ НЕКОТОРЫХ ЛЕКАРСТВЕННЫХ РАСТЕНИЙ**

**Владимирова С.М.**

**Казанский государственный медицинский университет  
Научный руководитель – к.и.н., асс. Ерундов Н.А.**

Названия лекарственных растений представляют собой интересный материал для исследования с точки зрения происхождения слова, особенностей его строения, связи с другими словами. Проанализировав латинские названия таких лекарственных растений как: шиповник коричневый (*Rosa cinnamomea*), чистотел большой (*Chelidonium majus*), крапива (*Urtica*), пастушья сумка (*Capsella bursa pastoris*), горицвет весенний (*Adonis vernalis*), донник лекарственный (*Melilotus officinalis*) мы пришли к выводу, что в основном названия растений отражают либо морфологические особенности самих растений, таких как внешний вид, (напр. *Capsella bursa pastoris*), период цветения (*Chelidonium majus*), цвет (*Rosa cinnamomea*), вкус, запах (*Melilotus officinalis*), либо их связь с именами античных богов или героев (*Adonis vernalis*). Кроме того названия растений могут указывать на эффект, оказываемый ими на человека (напр. *Urtica*).

## **ФРАЗЕОЛОГИЗМЫ В РУССКОМ И ЛАТИНСКОМ ЯЗЫКАХ: ДИАЛОГ КУЛЬТУР**

**Краснов А.Е.**

**Казанский государственный медицинский университет  
Научный руководитель – к.фил.н., ст. преп. кафедры Бовсуновская А.И.**

Целью исследования является сравнение менталитетных ключевых формул, используемых в русских и латинских фразеологизмах.

Методы исследования: сопоставительный, метод сплошной выборки.

В результате исследования сделаны следующие выводы:

1) В латинских пословицах очень часто используется фигура волка (*lupus, i m*)

*Lupus non mordet lupum* – «волк не укусит волка»

*Lupus pilum mutat, non mentem* – «Волк меняет шерсть, а не натуру»

*Homo homini lupus est* – «человек человеку волк».

Это неслучайно, ведь фигура волка тесно связана с римской историей и мифологией: легендарных основателей Рима братьев Ромула и Рема, по легенде, вскормила волчица. Миф воплощен в этрусской бронзовой скульптуре «Капитолийская волчица» – волчица вскармливает молоком двух младенцев. Считается, что волк был тотемом сабинов и этрусков, а статуя перенесена в Рим в знак слияния римлян с этими народами. Так символ волка стал элементом римской культуры.

Волк обширно представлен в русских пословицах, олицетворяя дику первобытную силу и свободную волю:

Сколько волка ни корми, он все в лес смотрит;

Работа не волк, в лес не убежит;

Волка ноги кормят.

Волков бояться – в лес не ходить.

2) Многие выражения напоминают нам о чрезвычайно развитой правовой системе Древнего Рима

*Salus populi – suprema lex* – «благо народа – высший закон»

*De minimis non curat lex* – «Закон не заботится о мелочах»

*Dura lex sed lex* – «Закон суров, но это закон»

*Audiat et altera pars* – «Пусть будет выслушана и другая сторона»

*Quod licet Jovi non licet bovi* – «Что дозволено Юпитеру, не дозволено быку»

В русском народном творчестве быт определяется не законом, а работой и отношением к ней, об этом создано множество пословиц.

Проснулась Ульяна не поздно, не рано, все с работы идут, и она тут как тут.

Без труда не вытащишь и рыбку из пруда.

Семеро пашут, один ложкой машет.

Лень-матушка вперед меня родилась.

Кто рано встает, тому Бог подает.

Кто не работает, тот не ест.

От работы кони дохнут и другие.

3) В русской фразеологии присутствует образ, фигура, которой не было в римском государстве, – священник, поп.

«Каков поп, таков и приход».

«Кто поп, тот и батька»

«Без попа, что без соли»

«Попы и в рогоже знают»

## НЕОЛОГИЗМЫ В ЛАТИНСКОМ ЯЗЫКЕ

Гаязова А.Х.

Казанский государственный медицинский университет  
Научный руководитель – к.фил.н., асс. Демина А.С.

Исследование посвящено неологизмам современной латыни, его цель – выявить основные пути их образования и продуктивность каждого из способов, а также сформулировать причину соотношения их продуктивности.

Достаточно долгое время латынь считается «мертвым языком». Да, она утратила былую значимость, но никогда не переставала существовать, сохраняя не только письменную, но и устную форму. Латинский разговорный становится все более популярным за рубежом, а в последние десятилетия и в нашей стране. Разговорная латынь продолжает развиваться, словарный состав постоянно пополняется новыми словами, обозначающими не только новые человеческие изобретения (например, наушники - *auricularia*), но и традиционные бытовые реалии (например, черный хлеб – *panis ?ter*). Иными словами, для того чтобы говорить на латыни, необходимо учитывать и создавать неологизмы, обозначающие привычные явления для нас, но чуждые римской культуре.

На сегодняшний день можно выделить три основных способа образования латинских неологизмов:

- 1). Семантическое калькирование;
- 2). Словообразование путем сложения слов или морфем из классического латинского языка, субстантивация классических латинских прилагательных или причастий, терминологизация классических словосочетаний;
- 3). Заимствование слов из новогреческого языка.

Неологизмы создаются филологами-классиками по словообразовательным моделям классической эпохи и утверждаются на Международных конгрессах латинистов. Проанализировав словарный состав современных латинско-русских разговорников, можно сказать, что более предпочтительными являются первые два способа словообразования, то есть использование чисто латинских слов или морфем. Греческий язык всегда был благородной почвой для латинского словообразования, такой он и остается по сей день. В «живой латыни» достаточно много заимствований из новогреческого языка, но они являются менее предпочтительными. А привлечение гибридных греко-латинских слов, не имевшихся в классическом латинском языке, вовсе не приветствуется. Стоит отметить так же, что одно русское слово может иметь несколько латинских соответствий, что свидетельствует о некой разобщенности лексики, используемой в разных странах и регионах, не всегда специалисты могут прийти к одному мнению.

## ИСТОРИЯ РАЗГОВОРНОЙ ЛАТЫНИ

Бурханова Р.Р.

Казанский государственный медицинский университет  
Научный руководитель – д.фил.н., доц. кафедры Николаева Н.Г.

Цель исследования состоит в том, чтобы на материале латинских разговорников и учебных пособий разных эпох проследить преемственность в принципах их построения и отметить специфику, характерную для каждого из них, определив зависимость содержания подобных пособий от их функциональной направленности.

После падения Западной Римской Империи в V веке латынь утратила свое прежнее значение и утратила роль родного языка, но она не исчезла полностью. Во-первых, разговорная латынь послужила базой для большого количества новых языков, объединенных в романскую группу. Во-вторых, разговорная латынь долгое время существовала в средневековье. Помимо классической латыни – языка литературы и официальной документации, продолжала существовать и латынь разговорная. На разговорной латыни читались лекции во многих учебных заведениях, проводились богослужения, на ней говорили не только ученые и образованные люди. Например, в монастырях собирались люди из разных областей и регионов, им необходим был единый язык для общения, которым и служила разговорная латынь. До наших дней сохранились средневековые разговорники.

Со временем разговорная латынь утратила свое первоначальное значение как международный разговорный язык, но в наше время живая латынь снова приобретает популярность в разных странах. Ее лексический состав постоянно меняется и пополняется новыми лексическими единицами. Создаются учебники и разговорники живой латыни, в сети Интернет можно найти курсы разговорной латыни. К сожалению, на данный момент существует не так много учебников, ориентированных на русскоязычную аудиторию. В России живая латынь пока еще менее популярна, чем за границей. Учебники по «живой латыни» практически ничем не отличаются от учебников по другим иностранным языкам, в них даются тексты, упражнения, диалоги, близкие нашему времени, авторы, как правило, ориентируются на современный разговорный язык. В этом их отличие от учебников по классической латыни, ориентированных на строгий литературный язык или же специализированной литературы, например, медицинской или юридической. Цель данных учебников – научиться именно говорить на латинском на различные, в первую очередь бытовые темы. Существуют также пособия, посвященные ведению переписки на латинском, как деловой, так и дружеской.

## ЭВФЕМИЗМЫ В ЛЕКСИКЕ СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЫ

Зиннурова А.Ф., Тагирова Л.И.

Казанский государственный медицинский университет  
Научный руководитель – д.фил.н., доц. Макарова О.Ю., асс. Тагирова Л.И.

Целью данной работы является изучение эвфемизмов в лексике социальной работы. Задачами являются: 1) рассмотрение понятия эвфемизмов; 2) использование эвфемизмов в лексике социальной работы.

ЭВФЕМИЗМ - стилистически нейтральное слово или выражение, употребляемое вместо синонимичной языковой единицы, которая представляется говорящему неприличной, грубой или нетактичной; эвфемизмы нередко вуалируют, маскируют суть явления; например: скончаться вместо умереть, говорить неправду вместо врать и т.д.

Эвфемизмы в английском языке нужны для замены бранных слов, умственных и физических способностей человека, внешнего вида, возраста, определения социального и финансового положения. В этом смысле англичане и американцы очень тактичны. Например, вместо слова «инвалид», они применяют такой эвфемизм, как *disabled*, *handicapped*, которые переводятся «нетрудоспособный, с ограниченными возможностями»; вместо «старый» (*old*) - «в годах» (*mature / advanced in years*); не «умереть» (*die*), а «скончаться» (*decease*), «отойти в мир иной» (*pass away*) или «отправиться в лучший мир» (*join the majority / better / silent*).

Чтобы не указать на чью-то бедность, мы скорее используем «low-income» (малообеспеченный); на недостатки людей, вместо «слепой» (blind), можно использовать эвфемизм unseeing (незрячий); сумасшедший (mad) – mentally sick (психически больной); disruptive children – kids that have special needs (дети с девиантным поведением); глухой (deaf) – indistinct; бродяга (vagabond, bum) – homeless (бездомный).

Результаты проведенного исследования позволяют предположить, что в процессе эвфемизации представители англоязычных культур руководствуются не только ее ценностями, но и положениями универсальной теории вежливости.

## **К ВОПРОСУ О ВЗАИМОДЕЙСТВИИ ЯЗЫКА И КУЛЬТУРЫ**

**Таравалли Д.О.**

**Казанский государственный медицинский университет  
Научный руководитель – к.фил.н., доц. Федотова С.И.**

Цель работы заключается в выявлении связей между культурой и языком, определении их взаимодействия, сравнении влияния культурных традиций, национального менталитета на развития русского языка и африканского языка менде.

При изучении поставленного вопроса используются описательный метод и метод компарации.

В целом соотношение языка и культуры — вопрос сложный и многоаспектный. Нельзя рассматривать язык народа, не принимая во внимание его культуру и национальные особенности. Со временем язык так же изменяется, как и культура общества. В культуре появляются новые ценности – в языке новые выражения; в обществе появляются новые технологии – в языке новые слова.

При рассмотрении отражения в языке изменений и развития культурной составляющей необходимо привести теорию Сепира – Уорфа, согласно которой имеющаяся у человека картина мира в значительной степени определяется системой языка, на котором он говорит. По Уорфу, грамматические категории языка служат не только инструментами для передачи мыслей говорящего, но и формируют его идеи, управляют его мыслительной деятельностью.

Так, различия между русской и мендеской культурами находят свое отражение и в языках указанных народов. Например, в отличие от русского, в котором форма вежливости представлена местоимениями Вы, Ваш, относящихся к одному лицу, в мендеском языке используются большое количество специальных местоимений в речи, связанных с определенным уровнем вежливости и выражающих почтение к собеседнику. Совершенно недопустимо разговаривать со старшим по должности или по возрасту человеком как с равным. Это может быть воспринято не только как неуважение, но и как личное оскорбление. Для каждого типа отношений существуют свои правила разговора, что находит свое отражение в употреблении тех или иных лексических единиц.

Таким образом, язык — зеркало культуры. В нем отражается не только реальный мир, окружающий человека, но и общественное самосознание народа, его менталитет, национальный характер, образ жизни, традиции, обычаи, мораль, система ценностей и мироощущение.

## **ГЛАГОЛЬНЫЕ ОБРАЗОВАНИЯ В РАЗГОВОРНОЙ РЕЧИ АЗЕРБАЙДЖАНЦЕВ С ЗАИМСТВОВАННЫМИ ЭЛЕМЕНТАМИ ИЗ РУССКОГО ЯЗЫКА**

**Саламова Ш.**

**Казанский государственный медицинский университет  
Научный руководитель – к.фил.н., ст. преп. Якубова Л.С.**

Целью данной работы является выявление специфики функционирования в разговорной речи азербайджанцев глагольных конструкций, основой которых являются заимствованные из русского языка имена существительные и глаголы, и описание особенностей их употребления в разговорной речи. Все эти глаголы по способу образования можно разделить на 2 основные группы.

Первую группу составляют двухкомпонентные глагольные конструкции, которые создаются по образцу: русское существительное + азербайджанский глагол *eləmək* и обозначают действие, поведение, поступок. Например: *зəфтрак eləmək* (завтракать), *диктофка eləmək* (диктовать), *дабафка eləmək* (добавлять), *дапрос eləmək* (допрашивать).

Вторую группу составляют двухкомпонентные глагольные конструкции, созданные по образцу: русский глагол в форме инфинитива + вспомогательный глагол азербайджанского языка *eləmək*. Эти глагольные конструкции обозначают действие, поведение, экспрессивно-эмоциональное состояние. Например: *балеть eləmək* (болеть), *вастанавить eləmək* (восстанавливать), *дабивацца eləmək* (добиваться), *заставить eləmək* (заставлять), *атвичат eləmək* (отвечать).

Проанализированный языковой материал позволяет сделать следующие выводы.

1. Глагольные образования с заимствованными из русского языка элементами закрепились в разговорной речи азербайджанцев в результате длительных и тесных контактов с русскоязычным населением.

2. Основным способом образования глаголов в разговорной речи азербайджанцев является суффиксальный.

3. В настоящее время употребляется более 70 двухкомпонентных глагольных образований, где в качестве второго компонента используются вспомогательный глагол азербайджанского языка *eləmək*.

4. Заимствованные из русского языка глаголы в форме инфинитива имеют в разговорной речи азербайджанцев разный звуковой облик: одни глаголы произносятся с мягким конечным согласным – *т* (*балеть eləmək*, *устеть eləmək*), другие – с твердым конечным – *т* (*атвичат eləmək*, *аформит eləmək*).

Это свидетельствует о том, что заимствования из русского языка проникают в речь различными путями: а) через речь азербайджанцев – монолингвов или билингвов; б) посредством телевизионных передач на русском языке; в) посредством индивидуальных слухопроизносительных особенностей говорящих и слушающих.

5. Одни глаголы, заимствованные из русского языка активно употребляются в речи старшего и среднего поколения (*абед eləmək*, *списать eləmək*); другие – только в речи молодежи (*раскрутка eləmək*); третьи употребляются как в речи старшего поколения, так и в речи молодежи (*балеть eləmək*, *спор eləmək*).

## ИНДИЙСКИЕ МОТИВЫ В ПРОИЗВЕДЕНИЯХ А.С. ПУШКИНА

Раджу Л.

Казанский государственный медицинский университет  
Научный руководитель – к.фил.н., ст. преп. Якубова Л.С.

Целью данной работы является выявление сходств в сюжете «Русалки» А.С.Пушкина и индийской драмы Калидасы «Шакунталы».

Индийские мотивы в русской литературе хорошо просматриваются у многих писателей и поэтов, в том числе у А.С. Пушкина. Упоминания о древней Индии встречаются в произведениях Пушкина двадцать шесть раз. Так, например, фабула поэмы «Руслан и Людмила» совпадает с фабулой индийского предания о Раме. Исследователи находят также общие моменты и в сюжете пушкинской «Русалки» и индийской драмы Калидасы «Шакунталы». В «Шакунтале» действие начинается с сообщения, что отшельник Канва пытается «предотвратить злую участь», грозящую его дочери Шакунтале. Пушкинский мельник в «Русалке» тоже предвидит беду, грозящую его дочери. Ещё сходства: у законной жены царя Душьянты и у пушкинской Княгини нет детей. И Шакунтала, и дочь мельника согласились быть с возлюбленными не за богатства, а потому что уверены в «постоянстве любви» избранника. Обе девушки в трудную минуту вспоминают «о ребенке», что «под сердцем шевельнулся». Душьянта при расставании вручает Шакунтале перстень, и князь дарит дочери мельника ожерелье. Кольцо Душьянты оказывается в водах Ганга, а дочь мельника бросает ожерелье в Днепр. Обе героини добровольно принимают смерть. И в «Калидасе» и в «Русалке» авторы показали, что с гибелью любимой в душе индийского царя и в душе русского князя, образуется пустота. Они оба не только наказаны, но и потрясены случившейся потерей, испытывают раскаяние, укоры совести, осознают вину перед погибшей.

Имеются ли доказательства того, что знакомство Пушкина с «Шакунталой», лежит в основе многочисленных сходств в обоих произведениях? На этот вопрос дается положительный ответ. В библиотеке отца Пушкина был «Московский журнал» с переводом «Шакунталы», выполненным Н.М. Карамзиным. Кроме того, Пушкин располагал французским прозаическим переводом «Шакунталы», который вышел в Париже в 1803 г. Все это дает основание говорить, что Пушкин был знаком с «Шакунталой» Калидасы. Это выдающееся творение индийского писателя вызвало у Пушкина восхищение, и он раскрыл увлекшую его тему, используя популярный в народе мотив Русалки.

## М.Ю. ЛЕРМОНТОВ И АЗЕРБАЙДЖАН

Ширинов Э.

Казанский государственный медицинский университет  
Научный руководитель – к.фил.н., ст. преп. Якубова Л.С.

Целью данной работы является установление влияния азербайджанского фольклора на творчество М.Ю. Лермонтова

Известно, что когда, после смерти А. С. Пушкина, Лермонтов написал стихотворение "Смерть поэта", он был арестован и сослан на Кавказ. Сам Лермонтов об этом сообщает в письме С.А. Раевскому в октябре 1837 г.: «...был в Шуше, в Кубе, в Шемахе, одетый по-черкесски, с ружьем за плечами; ночевал в чистом поле, засыпал под крик шакалов». Поэт любовался горами Кавказа, его прекрасными реками, лесами, полями и чувствовал себя счастливым. Творческим результатом поездки Лермонтова по Азербайджану явилось создание замечательной сказки "Ашик-Кериб". Во время поездки по Азербайджану поэт изучал азербайджанский язык и помогал ему в этом Мирза Фатали Ахундов - известный азербайджанский поэт, автор "Восточной поэмы на смерть А. С. Пушкина". Одним из доказательств того, что Лермонтов изучал азербайджанский язык, могут быть азербайджанские слова, которые встречаются в сказке "Ашик-Кериб": ага (господин), ана (мать), оглан (юноша), рашид (храбрый), сааз (балалайка), герурсез (узнаете).

Следует отметить, что Лермонтов взял лишь одну линию сказки, линию странствующего ашика, с его надеждой заработать деньги для того, чтобы быть со своей любимой Магуль-Магери. Эта сказка была широко известна в Азербайджане. Лермонтов же чудесно пересказал её по-русски.

В 1837 году Лермонтов побывал и в Шамхоре, отдыхал в Чардаглинских горах и с большим удовольствием слушал легенды о могучем богатыре, сыне слепого Кёр-оглы, которая стала источником другой лермонтовской поэмы «Беглец». В поэме Лермонтов с большой энергией и страстью клеймит позором жалкого труса Гаруна, забывшего о долге и чести воина. Бесславен конец отвергнутого всеми близкими беглеца Гаруна, вместо того, чтобы вернуться на поле битвы и кровью смыть позор и бесчестье, он малодушно покончил с собой.

В память о пребывании М.Ю.Лермонтова в азербайджанском городе Кусары установлена белоснежная стела с барельефом великого русского поэта и с выбитой на камне надписью, удостоверяющей факт пребывания поэта в Кусарах.

## ФРАЗЕОЛОГИЗМЫ В РУССКОМ И АРАБСКОМ ЯЗЫКАХ

Лаири Ю.

Казанский государственный медицинский университет  
Научный руководитель – к.фил.н., ст. преп. Якубова Л.С.

Целью данной работы является сопоставление русских и арабских фразеологизмов. Полными фразеологическими эквивалентами в арабском и русском языках являются фразеологизмы: ربت الأم ل كن، ولدت الأم ل ليست. Не та мать, которая родила, а та мать, которая вырастила. حیاتنا حقول في أزهر لاط فال. Дети – цветы жизни. فال شریر الزوجة. كالأف عی. Злая жена – та же змея.

Частичные фразеологические эквиваленты в арабском и русском языках подразделяют на две группы:

1) фразеологические единицы, совпадающие по значению, стилистической направленности и образности, но отличающиеся по лексическому составу. Например, во фразеологизмах ندم الأم إصابع кусать палец и кусать локти, различаются только компоненты ندم الأم إصابع عض.

2) фразеологические единицы, совпадающие по значению, образности, стилистической направленности, но отличающиеся числом, в котором стоит существительное. Так, во фразеологических единицах جذوره من أف تلعنه вырывать с корнями и вырвать с корнем, в арабском примере употреблено множественное число существительного جذور (корни), а в русском - единственное число существительного (корень).



Важными признаками фразеологизмов в русском и в арабском языках является их метафоричность, образность, эмоциональность и экспрессивность. Например: синонимичные фразеологизмы русского языка «вернуться с пустыми руками» и «вернуться несолоно хлебавши» имеют эквиваленты в арабском языке: «вернуться с побитым лицом» وجهه على م صروب رجع, «вернуться с ветром в руках» ال يدري م صغر رجع. Эти фразеологизмы используют, когда хотят подчеркнуть досаду того, кто обманулся в своих ожиданиях. Однако арабские аналоги отличаются большей выразительностью и экспрессией.

В русском языке о человеке, который обманывает, говорят – «водит за нос». В арабском языке в этой ситуации употребляют выражение ضحكك دكته على، которое означает «посмеяться над чьей-либо бородой», то есть «обмануть, не сдержав слово». Борода у арабских торговцев считалась символом чести. Во время сделок в подтверждение своих слов мужчина касался бороды, что означало «даю слово чести»

## **ФОРМУЛЫ ОБЩЕНИЯ В ТАТАРСКОМ ЯЗЫКЕ: ОБРАЩЕНИЯ, ПОЗДРАВЛЕНИЯ И ПОЖЕЛАНИЯ**

**Артемьева А.О.**

**Казанский государственный медицинский университет  
Научный руководитель – к.фил.н., доц. Фидаева Л.И.**

Цель: изучение основ татарского речевого этикета, выявляя при этом специфические формулы общения, а именно формулы обращений, поздравлений и пожеланий.

Под речевым этикетом понимается микросистема национально-специфических устойчивых формул общения, принятых в предписанных обществом для установления контакта собеседников, поддержания общения и избранной тональности.

Речевое поведение говорящих на татарском языке зависит от возраста, отдельные явления в речевом поведении татар объясняются и влиянием ислама. Вежливость является неотъемлемой категорией человеческого общения. Стремление вести себя прилично уходит вглубь тысячелетней истории человечества. Татарский речевой этикет особенно интересен, так как татары выработали целую систему обращений к любимым, близким людям, отличающуюся доброжелательностью, эмоциональностью: былбылым-соловей мой, алтыным-золото мое, жанкисаккәем – частица души моей, бәгърем (букв. печень моя) – дорогой и др.

Обращение жены к мужу до революции характеризовалось тем, что нельзя было вслух произносить имя мужа: оно табуировалось. Вместо имени говорили әтисе (его отец), син(ты). В настоящее время мужчины обращаются к женам по имени, так же и жены к мужьям. Однако широко употребляются назывные карт (старик), хатын (жена).

Воспитанность говорящих ярко проявляется и при поздравлении. При рождении ребенка поздравление сопровождается пожеланиями: озын гомерле булсын (букв. пусть будет долголетним). Поздравления с обновой также сопровождались пожеланиями типа: котлы булсын (пусть будет счастливым), жылы тәнендә тузсын (букв. пусть изнашивается нашим теплом теле).

Добрые пожелания всегда имеют место в разговоре. При виде обедающих обычно говорят: ашларыгыз тәмле булсын (пусть будет вкусной ваша пища). При виде работающих говорят: алла ярдам бирсен (пусть Аллах даст помощи).

Пожелание долголетия: йөз яшә(живи сто), мең яшә(живи тысячу).

На свадьбе принято много пожеланий: чумергәнең май булсын (пейте только масло), төшкән жирендә таш бул (букв. где оказалась-застынь камнем, т.е. не уходи из этого дома)

Имеются и недобрые пожелания: чәчәк кыргыры (пусть погубит тебя оспа), авызыңнан жил алсын (букв. Пусть ветер унесет из твоего рта).

Татарская речь очень эмоциональна и певуча, по темпу несколько более быстрая, чем русская.

## **ВЛИЯНИЕ ЛАТИНСКОГО ЯЗЫКА НА АНГЛИЙСКИЙ ЯЗЫК**

**Галимова Л.Ф.**

**Казанский государственный медицинский университет  
Научный руководитель – к.фил.н., доц. Липатова Ю.Ю.**

Многие из латинских заимствований принадлежат к так называемой интернациональной лексике, то есть повторяются в языках многих народов.

Большое количество слов английского языка образовано от латинских корней.

Основная медицинская терминология пришла к нам из латинского языка.

В английский язык латинские слова проникли через устную речь и через книжные переводы. Часть английских латинизмов перешла в широкое употребление со страниц ученых трактатов медицинского содержания.

Обучение медицинской науке и труды по медицине с незапамятных времен были только на латинском и греческом языках. Доктора во всех странах общались только на латинском. Исторически сложилось так, что латинский язык был языком науки и медицины.

Развитие науки в период Возрождения сопровождалось публикацией медицинских трактатов. А открытия в медицине в различных областях в XIX-м веке способствовали систематизации медицинских знаний и опыта, обобщению трудов по лекарственным растениям, систематизации знаний по зоологии, ботанике, анатомии и физиологии.

Английский язык под влиянием латинского языка обогатился элементами латинской терминологии, которые используются при образовании медицинских и ботанических терминов.

В медицинском колледже пользуются английской терминологией, имеющей латинские корни.

Латинская специальная лексика очень обогатила английский язык. Особенно это можно отметить, делая лексический и морфологический разбор на семинарах при изучении тем «Аптека», «Лекарственные средства», «Лекарственные растения».

Большое количество профильной лексики применяется в анатомической терминологии, физиологии человека, фармации.

## **УПОТРЕБЛЕНИЕ ОПРЕДЕЛЕННОГО И НЕОПРЕДЕЛЕННОГО АРТИКЛЕЙ С МЕДИЦИНСКИМИ ТЕРМИНАМИ В АНГЛИЙСКОМ ЯЗЫКЕ**

**Шамсутдинов Д.А.**

**Казанский государственный медицинский университет  
Научный руководитель – к.п.н., ст. преп. Кузнецова Е.К.**

Как известно, в английском языке два артикля: определенный The и неопределенный A/An. Поскольку артикль является определителем существительного и выполняет смыслообразительную функцию, его употребление может повлиять на перевод предложения. В настоящее время широко известны правила употребления английских артиклей, однако актуальным для нас является изучение данного вопроса в сфере профессиональной коммуникации.

Целью нашего исследования является изучение употребления английских артиклей с медицинскими терминами.

Для достижения этой цели нами был проанализирован ряд аутентичных текстов: Medical Repatriation and the ends of Health Care, Occupational Asthma, Bilateral Corneal Perforation, Innovations Mental Health, Clues to Prevention, Community-Acquired Pneumonia, ERCP for Gallstone Pancreatitis (журнал The New England Journal of Medicine).

Примененный нами описательный метод позволил нам рассмотреть и наиболее точно проанализировать применение артиклей в интересующей нас области профессиональной коммуникации.

Проведя дальнейший анализ полученных результатов, мы смогли определить, что артикль The употребляется с названиями систем органов (the digestive system, the cardiovascular system, the respiratory system, the urogenital system), костей и костных конструкций (the backbone, the collar-bone, the shoulder-blade, the chest, the rib, the breastbone), а артикль A/An употребляется с названиями органов (a liver, a kidney, a pancreas, a heart, a cerebrum), медицинских профессий (a surgeon, an orthopedist, a pulmonologist, a physician, a dermatologist) и болезней (a venous thromboembolism, a ischemic stroke, a bronchial asthma, a pyelonephritis).

Проведенная нами работа по изучению применения артиклей дает возможность получить более подробную информацию об изучаемом предмете.

## **КОЙТЕНДАГ ( КУГИТАНГТАУ) – НАЦИОНАЛЬНОЕ ДОСТОЯНИЕ ТУРКМЕНИИ**

**Сапармырадова Ш.**

**Казанский государственный медицинский университет  
Научный руководитель – к.п.н., доц. Евдокимова А.Г.**

Койтендаг (или узбекский вариант Кугитангтау) – самый высокий горный хребет Туркменистана. Длина его около 100 километров, более обрывистый восточный склон является территорией Узбекистана. Именно здесь располагается наивысшая точка нашей страны – гора Айра-баба, высотой 3139 метров над уровнем моря. Взойти на вершину хребта в районе кишлака Куйтан можно лишь по одному из прорезающих хребет глубоких ущелий. Но и этот путь не из легких, очень крутые подъёмы, к тому же дно ущелий завалено огромными глыбами обвалившихся скал. Даже самые глубокие ущелья Койтендага на удивление сухие.

Койтендаг в первую очередь особенно интересен Карлукскими карстовыми пещерами и уникальным плато динозавров. Это плато было открыто относительно недавно. Здесь сохранились окаменевшие отпечатки лап хищных и травоядных ящеров, живших 70 миллионов лет назад. В настоящее время Ходжапильское плато – охраняемая территория. В предгорьях западного склона Койтендага зарегистрировано более 60 пещер, протяженность некоторых достигает нескольких километров. Пещеры особенно интересны и красивы, благодаря обилию сталактитов и сталагмитов. В Койтендаге произрастает 9 видов деревьев, а в ущельях есть небольшие рожицы. Выше 1000-1500 метров начинаются фисташники и арчевники. Площадь койтендагских фисташников значительно меньше бадхызских – около 5 тыс. гектаров. Для охраны койтендагских фисташников создан Ходжабурджибелендский заказник, площадью около 20 тыс. гектаров. На окраине кишлака Куйтан произрастает роща унаби, или китайского финика, которая считается священной, так как унаби – очень редкое дерево в пределах Туркменистана. Скорее всего куйтанская роща была выращена в прошлом человеком.

Восточные склоны Койтендага почти не доступны для человека. Они представляют отвесные обрывы, глубиной сотни метров. Из-за этого здешний участок туркмено-узбекской границы почти не охраняется, природа сама создала здесь непреодолимую преграду. Койтендаг сложен более древними отложениями, нежели Копетдаг – юрскими, а также меловыми. В почвах преобладают коричневые горные почвы, в нижнем поясе гор и в предгорьях – сероземы.

## **АНАБИОЗ В ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОЙ ТЕРМИНОЛОГИИ**

**Порфирьева Н.Н.**

**Казанский государственный медицинский университет  
Научный руководитель – к.фил.н., ст. преп. Гайфуллина А.Г.**

Терминология как развивающаяся система включает в себя не только традиционные, устоявшиеся понятия, но и учитывает актуальные цели и задачи исследования, и потому терминология исторически подвижна и может изменяться в соответствии с требованием времени. Так же и фармацевтическая терминология меняется в связи с изменениями в науке.

К примеру, на данном этапе отходят от классического понятия «лекарственное вещество», а чаще используют «лекарственное средство». Предполагается, что слово «вещество» - охватывает слишком широкое понятие и не дает представления о лекарственном веществе, как о средстве лечения.

Интересно, что такая лекарственная форма, как суппозитории сейчас наиболее популярна в отличие от обычного слова «свеча». Возможно, это связано с тем, что в мировоззрении людей появляется четкая грань между свечой как лекарственной формой и свечой как приспособлением для освещения или для других целей.

Говоря о лекарственных формах можно заметить то, что всеми нам знакомая «крахмальная капсула» тоже уходит на второй план. Скорее всего, это происходит из-за того, что сейчас используется желатиновые капсулы, созданные на основе высоких технологий.

Изменения затронули также и лекарственные формы растений. К примеру, порошок глициризиды и настоек травы термописа используются только как народное средство, а в научной медицине они вытеснены более эффективными средствами.

На данных примерах, можно увидеть, что фармацевтическая терминология не стоит на месте, а изменяется в соответствии со временем.

## **МЕДИЦИНАДА ТАТАРЛАРДАН БЕРЕНЧЕ ПРОФЕССОР**

**Аверьянова Д.Е.**

**Казанский государственный медицинский университет  
Научный руководитель – к.фил.н., доц. Фидаева Л.И.**

Максатыбыз галим, педагог, күренекле терапевт, медицинада татарлардан беренче профессор Әбүбәкер Батыргәрәй улы Терегуловның тормышын һәм эшчәнлеген русча чыганаclarдан өйрәнәп, татарчага кыскача тәрҗемә итү булды. Эш барышында татар һәм рус телләрен чагыштырып өйрәнү алымы кулланылды.

Әбүбәкер Терегулов 1885-елны Уфада туа. Башта Уфа гимназиясендә, аннан гимназия каршындагы пансионда укый. 1906-елда Казан Император университетының табигать фәннәре факультетына укырга керә, бер елдан медицина факультетына күчә. 3-курстан соң Терегулов Уфа губернасы Минзәлә өязе Акташ авылында эшли. Баба зәхмәте таралган бу чорда врачлар гаять катлаулы шартларда эшлиләр. Нәкъ менә шунда булчак табип Терегулов катлаулы врач хезмәтенә асылып, профилактика эшенә мөһимлеген аңлый.

1911-елда Терегулов медицина факультетын «бик яхшы»га тәмамлап, хезмәт юлын земство врачы булып башлый. Уфа янындагы Чишмә станциясендә ул 2 ел эшли.

1913-елда Терегулов университетның терапия клиникасына ординатор булып кайта. Атаклы клиницист профессор Казем-Бек җитәкчелегәндә эшләү аның киләчәк фәнни эшчәнлегенә ныклы нигез сала.

Гражданныр сугышы чорларында Терегулов башта Томск университетында, соңрак Иркутск шәһәре госпиталендә эшли; Иркутск университетында медицина факультетын оештыруга күп көч куя. 1919-елда аңа шул университетта кафедра мөдире урынын тәкдим ителәр. Әмма Казан Терегуловны үзенә тарта. 1920-елда ул университетның терапия клиникасында ассистент булып эшли башлый. Тырыш хезмәтнең нәтиҗәсе озак көттерми: 1927-елда Әбүбәкер Терегулов «Озынча минең сулышны көйләүдәге роле» темасына диссертация яклый. 1929-елда приват-доцент исемен ала, шул ук елны эчке авырулар пропедевтикасы кафедрасы мөдире була. (Пропедевтика клиникасы әле революциягә кадәр үк купец Шамов төзеткән бинада урын ала). Кызу халып, таләпчән булса да, Терегуловны хезмәттәшләре дә, авырулар да бик ярата. Ул куйган диагноzлар һәрчак диярлек хәлиткеч булалар.

Ә.Г.Терегулов сугыш елларында ябылып торган «Казан медицина журналы»н яңадан чыгара башлауга күп көч куя, 1959-елга кадәр журналның редакторы булып эшли.

1963-елны пенсиягә чыккач та, Терегулов кафедрада фәнни консультант булып эшли. Гомеренә соңгы көннәренәчә акыл сафлыгын, характер ныклыгын саклап, 1966-елның 18-декабрендә 85 яшендә дөньядан китә.

## **ТРАДИЦИИ УЗБЕКИСТАНА**

**Курамбоева М.**

**Казанский государственный медицинский университет  
Научный руководитель – к.п.н., доц. Евдокимова А.Г.**

Узбекистан - государство, расположенное в центральной части Средней Азии. Сопредельные государства: на востоке - Киргизия; на северо-востоке - Казахстан; на юго-западе - Туркмения; на юге - Афганистан и на юго-востоке - Таджикистан. Население Узбекистана составило 30 миллионов человек на 1 февраля 2013 года. Конституция Узбекистана была принята 8 декабря 1992 года. Президент Узбекистана - Ислам Абдуганиевич Каримов. Государственным языком является узбекский язык. Второй по значимости - русский. Традиции и обычаи узбекского народа формировались веками.

Узбекский этнос является одним из самых древних этносов, когда-либо существовавших на планете. Кроме того, это самый многочисленный этнос в Средней Азии. Самобытная культура народов Узбекистана сформировалась на заре цивилизации, уже в IV в до н. э. Соблюдение обычаев и традиций всегда было долгом каждого человека, независимо от его происхождения и социального статуса. Это обусловлено тем, что самосознание и самоуважение среди народов Центральной Азии прививается исламом. Узбекский народ любит и умеет праздновать. Любое праздничное мероприятие в Узбекистане проходит весело, гостеприимно при большом количестве гостей под звуки национальных инструментов и по традиции с зажигательными танцами. Главный государственный праздник - День независимости, который отмечается 1 сентября. Еще два значимых праздника - это День Конституции, отмечается 8 декабря, и День памяти и почестей, который, как во многих других странах, отмечается 9 мая. Одними из самых значимых мусульманских праздников являются Рамазан-хайит и Курбан-хийит. Праздник Рамазан-хайит - это прекрасный праздник духовного и нравственного очищения. Курбан-хайит - один из самых важных мусульманских праздников. В этот день верующие совершают положенные ритуалы, а затем принимают гостей или сами идут в гости, занимаются благотворительностью. Навруз еще с древних времен считается особым праздником. Поэтому и стол должен быть накрыт по-особому щедро. Есть такая примета - чем богаче будет стол, тем богаче будет весь грядущий год. В день Навруза главными праздничными блюдами являются плов, шурпа и самса с первой весенней зеленью. Но гвоздь программы в этот день - тарелочка с проросшей пшеницей! Это блюдо обязательно должно стоять на каждом праздничном столе.

## **ГРАММАТИЧЕСКИЕ И ЛЕКСИЧЕСКИЕ НОРМЫ РУССКОГО ЛИТЕРАТУРНОГО ЯЗЫКА**

**Сейитмурадов А.**

**Казанский государственный медицинский университет  
Научный руководитель – к.п.н., доц. Евдокимова А.Г.**

Состояние современного русского языка (расшатывание литературных норм, стилистическое снижение устной и письменной речи, вулгаризация бытовой сферы общения) давно вызывает беспокойство специалистов, чья профессиональная деятельность связана с речевым общением. Одним из показателей снижения речевой культуры современного общества является повсеместное нарушение грамматических и лексических норм.

Наиболее часты случаи нарушения грамматических норм – правил использования морфологических форм и синтаксических конструкций. Можно услышать ошибки, связанные с неверным употреблением рода имен существительных: железнодорожная рельса, французская шампунь, большой мозоль, заказной бандероль. В современном обществе часто нарушаются лексические нормы – правила применения слов в речи. Это приводит к искажению смысла высказывания. Так, наречие где-то имеет одно значение «в каком-то месте», «неизвестно где» (где-то заиграла музыка). Однако в последнее время это слово стали употреблять в значении «около, приблизительно, когда-то»: «Где-то в 70-х годах XIX века», «Занятия планировали провести где-то в июне». Ошибкой является и неправильное употребление слова ложить вместо класть. Класть – общепотребительное литературное слово, а ложить – просторечное. Нелитературно звучат выражения: «Я ложу книгу на место», «Он ложит папку на стол» и т.д. В этих предложениях следует употребить глагол класть: «Я кладу книгу на место»,

«Он кладет папку на стол».Нарушение лексических норм порой связано с тем, что говорящие путают слова, близкие по звучанию, но различные по значению. Например, не всегда правильно употребляются глаголы предоставить и представить. Иногда мы слышим неверные выражения типа: «Слово предоставляется Петрову», «Разрешите предоставить вам доктора Петрова». Глагол предоставить означает «дать возможность воспользоваться чем-либо» (предоставить квартиру, отпуск, должность, кредит, заем, права, независимость, слово и т.д.), а глагол представить имеет значение «передать, дать предъявить что-либо, кому-либо» (представить отчет, справку, факты, доказательства; представить к награде, к ордену, к званию, на соискание премии и т.д.). Приведенные выше предложения с этими глаголами правильно звучат так: «Слово предоставляется Петрову», «Разрешите представить вам доктора Петрова».

## **ФОНЕТИЧЕСКИЕ СИСТЕМЫ РУССКОГО И ИНДОАРИЙСКИХ ЯЗЫКОВ**

**Солунке Рашии.**

**Казанский государственный медицинский университет  
Научный руководитель – к.п.н., доц. Евдокимова А.Г.**

Индоарийские языки (индийские: урду, ассамский, бенгальский, маратхи, канкани и др.) отличаются богатой системой согласных фонем (30 фонем) и относительно небольшим количеством гласных (семь фонем-монофтонгов и семь дифтонгов). В индоарийских языках используется слоговый алфавит Деванагари. Это значит, что каждая согласная буква представляет собой не отдельный звук, а слог.

Гласные индоарийских языков делятся на долгие и краткие. Они также классифицируются по ряду (передний, средний и задний) и по подъему (верхний, средний и нижний). Дифтонги в индоарийских языках представляют собой скользящий звук – сочетание двух гласных с единой артикуляцией. Индоарийские языки насчитывают семь дифтонгов: [ай], [эй], [ый], [уй], [ау], [ой]. Произношение гласных звуков в индоарийских языках, прежде всего, обусловливается историческими причинами. При этом в ударном слоге гласный всегда произносится дольше, чем в безударном.

Согласные индоарийских языков классифицируются по действующему активному органу речи, создающему преграду (губные, язычные, фарингальные), по месту образования шума (губные, зубные, альвеолярные, заальвеолярные, палатальные, велярные, заднеязычные), по способу образования и по участию шума и голоса (смычные, щелевые).

Характерная особенность индоарийских языков – отсутствие разделения согласных на свистящие и шипящие. Для индоарийских языков в целом характерен запрет на сочетания согласных фонем в начале слова. Серьезные структурные ограничения наложены также на конечные сочетания согласных в словах.

На произношение согласных так же, как и на произношение гласных сильно влияют исторические причины. В зависимости от положения в исходе слова некоторые согласные оглушаются. Например, слово хараб (испорченный) может произноситься как харап, что иногда отражается и на письме. В ряде слов в индоарийских языках наблюдается перестановка согласных (метатеза), например, вразд и рвазд: оба этих слова переводятся как день.

Ударение в индоарийских языках силовое, причем ударный слог всегда немного выше по тону длиннее, чем безударный. Ударение разноместное (т.е. оно может падать на любой слог) и подвижное. Словесное ударение может служить для различения смысла слов, одинаковых по звучанию и для различения омонимичных грамматических форм одного и того же слова.

## **ПРОИСХОЖДЕНИЕ РУССКИХ ИМЕН**

**Эспитна Джонни.**

**Казанский государственный медицинский университет  
Научный руководитель – к.п.н., доц. Евдокимова А.Г.**

Известно, что имена собственные произошли от имён нарицательных. Канонические имена в тех языках, из которых они взяты, имели своё значение, были понятны тем, кто их носил. Вот, например, значение некоторых греческих по происхождению имён: Александр ? защитник людей; Андрей ? мужественный, храбрый; Анфиса ? цветущая; Арсений ? мужественный; Зоя ? жизнь. Имели свой смысл и латинские имена: Валентин ? здоровый, сильный; Виктор ? победитель; Виталий ? жизненный; Иннокентий — невинный; Максим ? самый большой; Павел ? маленький.

Были у русских свои имена и до принятия христианства, которые происходили от слов русского языка. Они делились на 2 группы: так называемые "низшие" (для простого люда) и княжеские. Имена первой группы могли указывать на какой-то внешний признак или черту характера человека: Молчан, Буян, Первуша (рождённый первым), Третьяк (третий ребёнок или сын в семье). Иногда имена возникали в результате переноса на человека названий растений и животных: Волк, Заяц, Берёза. От этих имен происходят и многие фамилии. Из-за того, что люди в основном подмечают отрицательные черты внешности и характера, давались и не самые «красивые» имена, ставшие фамилиями – Кривошеев, Черносулов, Косоглазов.

Княжеские имена наши предки связывали с особыми почестями и привилегиями. В ходе многочисленных языковедческих изысканий ученым удалось вычлени ряд признаков, которые отличают княжеские русские и славянские имена. К исконно русским именам относятся мужские, на -слав, -мир, -люб (Ярослав, Тихомир, Добролюб). Что касается женских имен, то они образовывались путем добавления к мужскому имени соответствующего окончания (Ярослава, Тихомира, Добролюба).

Имена могут отражать целые исторические эпохи, например, русские имена, появившиеся после Октябрьской революции 1917 года. Тогда-то и появились так называемые "новые" имена. Родители хотели, чтобы их дети носили имена, в которых запечатлелась бы революционная эпоха, имена вождей. Появились такие имена: Октябрина, Ноябрьрина, Тракторина, Баррикада, Шестерёнка, Трудомир, Ревмира (революция мира), Пятвчет ("Пятилетку в четыре года!" ? таков был один из девизов времени), Оюшминальда (в честь Отто Юльевича Шмидта) и многие другие. Конечно, со временем эти славные и звучные имена ушли в прошлое, перестали быть популярными.

## **К ВОПРОСУ О ПРОИСХОЖДЕНИИ НЕКОТОРЫХ АНАТОМИЧЕСКИХ ТЕРМИНОВ**

**Салиев У.Б.**

**Казанский государственный медицинский университет  
Научный руководитель – к.фил.н., ст. преп. Бовсуновская А.И.**

Цель работы: рассмотреть этимологию (истоки названия) некоторых анатомических терминов.  
Методы исследования: сопоставительско-лингвистический, метод эвристического анализа  
Результаты:

- базовой основой наименования анатомических терминов в большинстве случаев являются: вид и форма называемого органа;
- функции называемого органа (части тела);
- местоположение называемого органа.

Заключение: в основу наименования анатомических терминов, как показывает настоящее исследование, могли быть положены следующие основания:

- 1) сюжеты мифов (atlas, antis m);
- 2) античные и современные представления об устройстве окружающего мира (orbita, ae f);
- 3) философские взгляды древних (tempus, oris n);
- 4) орудия труда, инструменты (clavicula, ae f; scapula, ae f);
- 5) животные (musculus, i m)

## **К ВОПРОСУ О ПРОИСХОЖДЕНИИ НАЗВАНИЙ РАСТЕНИЙ: ТИПОЛОГИЯ И СВОЙСТВА**

**Кириллов Н.Д.**

**Казанский государственный медицинский университет  
Научный руководитель – к.фил.н., ст. преп. Бовсуновская А.И.**

Цель работы: провести этимологико-словообразовательный анализ некоторых латинских названий лекарственных растений, сделав вывод о типологии их наименования.

Методы исследования: словообразовательный, этимологический, сопоставительно-лингвистический

В результате исследования выявлены следующие типы наименований лекарственных растений:

- 1) наименование исходя из внешней формы (вида) частей растения: листьев, цветов, стебля и прочих (Digitalis, is f, Equisetum, i n)
- 2) наименование исходя из лекарственного действия растения на организм (Hypericum, i n)
- 3) наименование исходя из мифологических, исторических, фольклорных источников (Adonis vernalis, Belladonna, ae f)

В заключение отметим, что наиболее распространенными среди названий лекарственных растений являются сложные наименования, описывающие характерные, специфические свойства растения, присущие ему индивидуальные особенности. При сопоставительно-лингвистическом анализе наименований растений раскрываются особенности ментальности носителей языка, их картины мира, представлений об устройстве космоса.

## **ОСОБЕННОСТИ ДРЕВНЕИНДИЙСКОЙ МИФОПОЭТИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ МИРА**

**Упадхийай С.**

**Казанский государственный медицинский университет  
Научный руководитель – д.фил.н., доц. Чевела О.В.**

Из культа природы рождались мифы, которые вырастали в целостные картины мира. Древневосточные литературы сохранили разнообразные системы мифов.

Цель работы – на материале древнеиндийской литературы рассмотреть некоторые древнеиндийские мифы и легенды, выявить национально-культурные особенности мифопоэтической картины мира.

Многие легенды и мифы обнаруживают значительное сходство с произведениями других народов. Так, в «Брахманах» содержится индийская версия мифа о Всемирном потопе. В индийском варианте мифа находит подтверждение версия существования ковчега. К имени пророка Ману восходит и понятие «люди». В санскрите оно обозначается словом мануша – «происходящие от Ману». С общими мифологическими представлениями связаны и варианты мифов о творении мира.

Сходный сюжет имеют легенда о Пурурвасе и Урваши и античный миф об Амуре и Психее.

К общему мифологическому представлению восходит вера в существование водяных дев. В древней Греции их называли наядами и нимфами, на Руси – русалками. На древней Руси Русалии были одним из великих языческих праздников. Этот же корень есть и в слове русло «начало, источник реки». Исследователи быта древней Руси писали, что многие священные реки у литовцев и славян назывались Русами и Росами.

О древности веры в существование русалок говорит и арийская мифология. До сих пор в индуизме сохраняется вера в апсар. Слово апсара в переводе с санскрита означает «движущаяся в воде». С общими мифологическими представлениями связаны и легенды о союзе духа воды и человека, нашедший отражение в мифе о Ганге.

Описание мифопоэтической картины мира дает богатый материал о культуре народа, его религии, позволяет увидеть как национально-специфическое, так и универсальное.

## **РЕЛИГИОЗНЫЕ И ФИЛОСОФСКИЕ ТЕРМИНЫ В БХАГАВАТ-ГИТЕ**

**Чеван Майан Виджей.**

**Казанский государственный медицинский университет  
Научный руководитель – д.фил.н., доц. Чевела О.В.**

Объектом исследования является древнейший художественный и религиозный памятник индуизма – Бхагавад-Гита.

Цель работы – рассмотреть памятник в историко-культурном контексте, проанализировать особенности этимологии собственных имен и философских терминов.

Бхагавад-Гита входит в состав древнеиндийского эпоса Махабхараты. С древних времен Махабхарату сравнивали с Одиссеей Гомера. Греческий ритор Дион Христомостом утверждал, что индийцы знали Гомера и «переложили его на свой язык». В девятнадцатом веке известный санскритолог Вебер нашел много общего в образах Одиссея и Ханумана, Гектора и Индраджита, Агамемнона и Сугривы.

Имя автора Махабхараты Вьяса означает «составитель», так как он считается составителем четырех Вед. Название «Веда» принадлежит к тому же корню, что и русское слово ведать «знать», ведение «знание». Известно время завершения первой, и главной, из четырех Вед – Ригведы. Это слово переводится как «знание речи», а точнее – как «ведение речи».

В Бхагавад-Гите представлен ряд религиозных и философских терминов, излагаются основы учения йоги (атман, самадхи, ахамкара, индрия и др.). Слово йога производно от глагола йудж «запрягать» и буквально означает «ярмо». Это можно

трактовать как стойкость в мыслях и поступках путем жестких ограничений, направленную на достижение определенной цели. В буквальном значении «соединение» он означает «тождество с Брахманом».

В Бхагават-Гите разрешаются проблемы человеческой жизни, связи и столкновения личных и универсальных представлений о морали.

## **СИМВОЛИКА ОГНЯ В ИНДИЙСКОЙ КУЛЬТУРЕ И У ВОСТОЧНЫХ СЛАВЯН**

**Сингх Рамджи Кумар.**

**Казанский государственный медицинский университет**

**Научный руководитель – д.фил.н., доц. Чевела О.В.**

Объектом исследования являются наименования огня в санскрите.

Цель работы – проанализировать различные наименования огня, описать его символическое значение, рассмотреть роль огня в национальных традициях и ритуалах.

Для многих древних религий характерно обожествление природных стихий – огня, воды, воздуха, земли. Древнейший памятник древнеиндийской литературы, Ригведа, начинается гимном Агни – богу огня. В образе Агни сконцентрировались все представления людей об огне, как об огненной стихии, проявляющей себя и на небе, и на земле.

В качестве огня очага и жертвенного костра он носит множество имен: Гархапатья (Огонь господина дома), Ахавания (Жертвенный), Дакшина (Дарственный, или Правый, или Южный), Кравьяд (Поедающий кровь), Абхимани (Требующий все для себя) и др.

Считается, что огонь домашнего алтаря несет разные функции: при обряде первого кормления ребенка он очищает, при проведении обряда инициации способствует подготовке ума, при свадьбе соединяет мужа и жену. «Ведический свадебный обряд» – тот, при котором почитается огонь. Свадебный обряд завершается тем, что жених и невеста обходят вокруг священного огня.

У всех индоевропейцев сохранился культ огня. Само славянское слово восходит к тому же корню, что и имя бога Агни. О почитании огня у древних славян свидетельствовал обычай возжигания примогильных костров, а также сохранившиеся в пережиточной форме у восточных славян традиции прыгать через костер и зажигать огни на Ивана Купалу.

## **ФУНКЦИОНИРОВАНИЕ АББРЕВИАТУР В СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЕ**

**Сидоркин А.А.**

**Казанский государственный медицинский университет**

**Научный руководитель – к.п.н., доц. Макарова О.Ю., асс. Тагирова Л.И.**

Быстрое и непрерывное увеличение количества информации, широкое распространение сложных, неоднословных наименований вызывает естественное стремление пишущих сократить объем текста путем введения аббревиатур. В современном мире мы ежедневно сталкиваемся с аббревиатурами: начиная с рекламы и заканчивая названиями фирм и организаций.

Согласно толковому словарю русского языка Владимира Даля, слова "аббревиация", "аббревиатура" имеют следующие значения: сокращение, укорочение и пропуски в письме; означение слов начальными буквами, вязью, условными знаками. Так, целью данной работы является исследование аббревиаций, используемых в лексике социальной работы, их смысл и назначение.

В социальном обслуживании аббревиатуры нашли место, во-первых, для сокращения профессиональных терминов. Например, dla - disability living allowance, CP - социальная работа, а ТСЖ - трудная жизненная ситуация,

Во-вторых, в мире насчитывается множество организаций, предоставляющих нормативно-правовую базу для социального обслуживания: United Nations (UN), International Labour Organization (ILO), World Health Organization (WHO). Так же есть организации, предоставляющие само социальное обслуживание, например: National Health Service (NHS), National Association of Social Workers (NASW), Clinical Social Workers Association (CSWA).

В-третьих, социальные работники сталкиваются с длинными названиями болезней, поэтому для краткости используются аббревиатуры. Примером тому может служить вирус иммунодефицита человека, более известный как ВИЧ, Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS), Alzheimer's Disease (AD), Sick Building Syndrome (SBS), etc.

Таким образом, можно сделать вывод, что инициальные сокращения являются самым распространённым и наиболее перспективным видом английских медицинских аббревиатур и их широкое использование в языке социальной работы обусловлено экономичностью, универсальностью, ёмкостью и краткостью.

## **БЕЗЭКВИВАЛЕНТНАЯ ЛЕКСИКА В СОСТАВЕ ИНДИЙСКОГО СВАДЕБНОГО ОБРЯДА**

**Бхируд Никита, Шинде Никита.**

**Казанский государственный медицинский университет**

**Научный руководитель – д.фил.н., доц. Чевела О.В.**

В языке и культуре народа находит отражение как национальное, специфическое, так и универсальное. В этом плане большой интерес представляет изучение народных традиций, нашедших отражение в эпосе и фольклоре.

Целью работы является рассмотрение особенностей индийского свадебного обряда в историко-культурном контексте, описать безэквивалентную лексику в его составе.

Ведийский свадебный обряд Виваха несет глубокий сакральный смысл и является самым важным событием для жителей Индии.

К безэквивалентной лексике относятся предметы и явления традиционного быта, не имеющие аналогов в других языках. Среди соответствий, описывающих индийский свадебный обряд, здесь можно выделить следующие группы:

- 1) наименования национальной свадебной одежды (сари, ленга чоли, сальвар камиз, шервани, пагди)
- 2) наименования свадебных украшений (Карн Пхул, Хаар, Баджубанх, Паял)
- 3) названия традиционных блюд
- 4) метафорические обозначения свадебного обряда (кшетра, кшетрин)
- 5) участники церемонии свадебного обряда (випра, пурохит)
- 6) символы свадебного обряда (Свасти «свастика»)
- 7) религиозные компоненты свадебного обряда (Тилак, Пуджу, Барни Бандхвана, Канья Даан, Агни Париная)

## **ФЕНОМЕН ТВОРЧЕСТВА БОБА МАРЛИ В НАЦИОНАЛЬНОЙ КУЛЬТУРЕ ЯМАЙКИ**

**Клэрк Николь.**

**Казанский государственный медицинский университет  
Научный руководитель – д.фил.н., доц. Чевела О.В.**

Данная работа посвящается творчеству известного композитора и исполнителя Боба Марли.

Цель работы – проанализировать, как в тексте музыкальных произведений творчестве Боба Марли нашли отражение народные традиции и религиозные течения Ямайки.

Боб Марли – самый известный композитор и исполнитель «солнечной музыки» регги, которую благодаря ему узнал весь мир.

Вся Ямайка говорила цитатами из его песен, которые занимали верхние строчки британского хит-парада. Он стремился, чтобы его тексты несли только позитивные вибрации – мира, любви, единства. Его трудами многие, кто вел бессмысленную жизнь, нашли себя: песни Боба принесли им просветление и духовное возвышение. «Если даже кошка и собака могут жить в согласии, почему же мы не можем любить друг друга?» – говорится в одной из строчек его песни.

Перед смертью Боб Марли принял крещение и имя Берхане Селассие, что означает «свет Троицы». Он был похоронен на Ямайке, и в день его похорон был объявлен национальный траур. Последними словами, которые король регги сказал своему сыну, были: «Деньги не могут купить жизнь».

## **ИБН СИНА. ЖИЗНЬ И ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ**

**Джураев Бахманер**

**Казанский государственный медицинский университет  
Научный руководитель – к.фил.н., ст. преп. Вагапова И.Б.**

Персидский врач, учёный, философ и поэт Абу Али аль Хусейн ибн Абдуллах Ибн Сина (латинизированное имя Авиценна) родился 16 августа 980г в Авшана близ Бухары. Жизненный путь Авиценны известен достаточно хорошо, поскольку он сам описал первые 30 лет жизни в автобиографии.

Невероятная одаренность Хусейна была заметна уже в действе. К 10 годам он мог читать наизусть Коран. Отец-чиновник дал ему начальное образование, после чего Ибн Сину отправили в школу для изучения мусульманского законоведения.

Несмотря на то, что он был самым юным, к нему, 12-летнему подростку, не считали зазорным обращаться за советом старшие. Немного позднее Хусейн обратился к изучению светских наук: философии, медицины, литературы, математики, истории, астрономии и т.д. И если раньше он занимался с учителями, то с 14-летнего возраста перешел к самостоятельным занятиям.

В 20 лет он считался известным учёным, а как врач прославился еще раньше. Уже в 16 лет получил приглашение от Эмира Бухары выступить в роли его лекаря. Когда Бухара была взята тюрками и династия Сасанидов пала в 1002г. Состоялся переезд Ибн Сины в Гургандж – столицу Хорезма, где ему дали прозвище «князь врачей».

Наследие Авиценны включало более 450 сочинений, посещенных 29 областям научных знаний, среди которых философия, геология, история, грамматика, поэтика, химия и др. Главным философским сочинением Авиценны считается «Книга исцеления», состоящая из разделов, посвященных физике, метафизике, математике и логике.

Долгие годы он работал над «Каноном медицины» – медицинской энциклопедией из 5 частей, которая принесла ему мировую славу. В этом труде им были систематизированы теория и практика врачей Средней Азии, Индии, Греции, Рима, в течение нескольких веков на Востоке и на европейском континенте врача должны были изучать его в обязательном порядке.

Талантливый врач, учёный умер 18 июня 1037год от тяжелого заболевания желудочно-кишечного тракта, с которым ему справиться не удалось. Сначала Ибн Сину похоронили возле городской стены Хамадана, а менее чем через год останки были захоронены в Исфахане, мавзолее Эмира.

## **ЛЕКАРСТВО ОТ СТА БОЛЕЗНЕЙ**

**Пенджиева Хумар.**

**Казанский государственный медицинский университет  
Научный руководитель – к.фил.н., ст. преп. Вагапова И.Б.**

Почти в каждом туркменском доме можно увидеть эту священную для туркмен траву. Её дым успокаивает, расслабляет и дезинфицирует. Тысячи лет её возжигают во время эпидемий, ритуального очищения. В Туркменистане это растение называют Yüzärlük — «лекарство от ста болезней». Латинское название *Peganum Harmalae*, русское – гармала обыкновенная или горная рута. Действительно, это растение, много раз спасало людей от чумы, вирусов и других инфекционных заболеваний. В Туркменистане цветет в апреле – мае, плодоносит в июне – августе.

Произрастает оно на горных склонах, в пустынных долинах, на незасоленных песчаной и глинистой почвах, в предгорьях. Встречается повсеместно в Туркменистане, Центральной Азии и Казахстане.

Лечебные свойства гармалы были известны еще в глубокой древности. Например, в древнейшем памятнике культуры Авесте (VII-V вв. до н. э.) гармала описывается как успокоительное и дезодорирующее средство: ее дымом окуривали больных, храмы и т. д. Древнеримский врач Диоскорид (I в.) рекомендовал гармалу при слабости зрения. Арабский филолог, натуралист и историк Абу Ханифа ад-Динавери (IX в.) в Книге о растениях писал, что отваром корней гармалы лечили затяжную лихорадку. Великий Ибн Сина (Авиценна) в «Каноне врачебной науки» указывал, что гармала хороша при болях в суставах и при воспалении седалищного нерва, а также при заболеваниях селезенки, кишечника, при геморрое и т.д.; кроме того, она является мочегонным, рвотным и вызывающим менструацию средство. В народной медицине разных стран препаратами, получаемыми из различных частей гармалы, лечат ревматизм, чесотку, другие кожные заболевания, простуду, малярию, неврастению, расстройства желудочно-кишечного тракта, астму, одышку, укусы ядовитых животных.

Научная проверка эффективности применяемого в народной традиции окуривания помещений дымом, полученным от сжигания надземных частей гармалы, показала, что он подавляет рост бактерий брюшного тифа, дизентерии, кишечной палочки.

Еще одно замечательное свойство есть у этого растения, оно привносит в доме ощущение уюта и спокойствия.

## **АБУ АЛИ ХУСЕЙН АБДАЛЛАХ ИБН-СИНА**

**Мирзоев З., Баймухамедов М.**  
**Казанский государственный медицинский университет**  
**Научный руководитель – к.фил.н., ст. преп. Вагапова И.Б.**

Абу Али Хусейн Абдаллах Ибн-Сина (Авиценна) (980-1037) – выдающийся среднеазиатский ученый, философ, врач.

Одна из самых замечательных книг в истории медицины «Канон врачебной науки» была завершена ученым предположительно в 1020 году. Этот капитальный труд, состоящий из 5 книг, включает в себя около 200 печатных листов. Латинский текст «Канона» был издан впервые в 1473 году, а арабский - в 1543 году.

Первый том – теория медицинской науки: анатомия, диагностика, физиология, хирургия. В этой книге описываются острые и хронические болезни и способы их лечения.

Во втором томе рассказано о простых лекарствах, их природе и испытании. По алфавиту расположены 811 средств растительного, животного и минерального происхождения с указанием их действия, способов их применения, правил сбора и хранения.

Третья книга посвящена патологии и терапии – описанию отдельных болезней и их лечению. Каждый раздел снабжен анатомо-топографическим введением.

Четвертая посвящена хирургии, лечению вывихов и переломов, общему учению о лихорадке (кризисах при болезнях). В ней говорится об опухолях, гнойных воспалениях подкожной клетчатки, а также о заразных болезнях.

Книга пятая содержит описание «сложных» лекарств, а также ядов и противоядий. В состав некоторых лекарств входит до 37 частей. Многие лекарства даны со ссылкой на древнейших врачей, европейских и азиатских. Другие – впервые приготовлены и опробованы Авиценной.

Рекомендуемые в «Канонах врачебной науки» лекарственные средства разнообразны, многие из них позднее вошли в научную фармакологию.

После изобретения печатного станка «Канон врачебной науки» печатают сразу вслед за Библией. В Европе и в странах Азии многие века учили по нему врачей. Лечебники и травники Древней Руси также постоянно упоминают имя ученого «Ависен», дают его рецепты.

## **ИЗ ИСТОРИИ ОЛИМПИЙСКИХ ИГР**

**Саид Наим Шач, Кемппайнен Патрик.**  
**Казанский государственный медицинский университет**  
**Научный руководитель – к.фил.н., ст. преп. Вагапова И.Б.**

«Нет ничего благороднее солнца,  
дающего столько света и тепла.  
Так и люди прославляют те состязания,  
величественней которых нет ничего,-  
Олимпийские игры»

Ещё в Древней Греции физическому воспитанию уделялось особое внимание. Древние эллины возводили в культ гармонично развитого человека, недостатки физического развития считались столь же постыдным, как изъяны в интеллектуальном образовании. Платон называл хромым и того, кто не умел писать, и того, кто не умел бегать или плавать. История сохранила имена выдающихся граждан древнего мира, которые соответствовали термину «гармоничный человек». Пифагор, теорема которого известна школьникам всего мира, был могучим кулачным бойцом. Отец медицины, древнегреческий врач Гиппократ считался очень неплохим борцом и наездником. Обладателями различных наград за спортивную доблесть были философы Платон и Сократ, поэты-трагики Софокл и Эвклид.

Первые Олимпийские игры состоялись 776 году до н.э.

Первым Олимпийским чемпионом был Корибос атлет из города-полиса Элиды.

Запретили игры в 394 до н.э. римский император Феодосий I, усмотрев в них языческие обряды.

Проект возрождения Олимпийских игр разработал Пьер Кубертен и выступил 25 ноября 1892 годв Сорбонне, всемирно известном Парижском университете, с докладом «Возрождение олимпизма». 23 июня 1894 года старания Кубертена увенчались успехом. На конгрессе в Сорбонне было принято историческое решение о возрождении Олимпийских игр. Также был учрежден Международный Олимпийский комитет(МОК), в котором Кубертен занял должность генерального секретаря.

Было решено проводить Игры каждые четыре года. После обсуждения конгресс поддержал предложение друга Кубертена Деметриуса Вikelаса о проведении Первых Олимпийских ирг современности в Афинах, в знак преемственности Играм древности.

XXII Олимпийские игры в Сочи – достойное продолжение прекрасных традиций.

## **«КАНОН ВРАЧЕБНОЙ НАУКИ» - ГЕНИАЛЬНОЕ ПРОИЗВЕДЕНИЕ АВИЦЕННЫ**

**Мирзоев З., Баймухамедов М.,**  
**Казанский государственный медицинский университет**  
**Научный руководитель – к.фил.н., ст. преп. Вагапова И.Б.**

Абу Али Хусейн Абдаллах Ибн-Сина (Авиценна) (980-1037) – выдающийся среднеазиатский ученый, философ, врач.

Одна из самых замечательных книг в истории медицины «Канон врачебной науки» была завершена ученым предположительно в 1020 году. Этот капитальный труд, состоящий из 5 книг, включает в себя около 200 печатных листов. Латинский текст «Канона» был издан впервые в 1473 году, а арабский - в 1543 году.

Первый том – теория медицинской науки: анатомия, диагностика, физиология, хирургия. В этой книге описываются острые и хронические болезни и способы их лечения.

Во втором томе рассказано о простых лекарствах, их природе и испытании. По алфавиту расположены 811 средств растительного, животного и минерального происхождения с указанием их действия, способов их применения, правил сбора и хранения.

Третья книга посвящена патологии и терапии – описанию отдельных болезней и их лечению. Каждый раздел снабжен анатомо-топографическим введением.



Четвертая посвящена хирургии, лечению вывихов и переломов, общему учению о лихорадке (кризисах при болезнях). В ней говорится об опухлях, гнойных воспалениях подкожной клетчатки, а также о заразных болезнях.

Книга пятая содержит описание «сложных» лекарств, а также ядов и противоядий. В состав некоторых лекарств входит до 37 частей. Многие лекарства даны со ссылкой на древнейших врачей, европейских и азиатских. Другие – впервые приготовлены и опробованы Авиценной.

Рекомендуемые в «Каноны врачебной науки» лекарственные средства разнообразны, многие из них позднее вошли в научную фармакологию.

После изобретения печатного станка «Канон врачебной науки» печатают сразу вслед за Библией. В Европе и в странах Азии многие века учили по нему врачей. Лечебники и травники Древней Руси также постоянно упоминают имя ученого «Ависен», дают его рецепты.

## **КАКИМ ДОЛЖЕН БЫТЬ ВРАЧ**

**Загаде Вишаха.**

**Казанский государственный медицинский университет  
Научный руководитель – к.п.н., доц. Евдокимова А.Г.**

В индуистской философии врач является по сути вторым богом. Индия – это страна деревень, и в сельских районах существует огромная нехватка квалифицированных врачей. Именно поэтому обучение студентов-индусов в России приобретает огромное значение для развития благосостояния Индии. Каждый студент должен стремиться стать хорошим врачом и приложить все усилия для достижения цели быть нужным обществу.

Многие новые болезни распространяются в Индии в связи с отсутствием научно-исследовательской работы. Зафиксированы такие заболевания как малярия, туберкулез, онкологические заболевания, воспаление мозга, астма, сердечно-сосудистые заболевания и др. Число больниц в стране должно быть увеличено для облегчения лечения таких болезней.

Индия поистине необъятная страна, поэтому количество врачей на душу населения резко ограничено. Государство прилагает большие усилия для увеличения количества медицинских учреждений, создания научно-исследовательских лабораторий и институтов, их оснащения не только передовыми технологиями и оборудованием, но и привлечения высококвалифицированных кадров.

Ответственное изучение медицинской науки является необходимым условием для служения будущего врача на благо общества. Изучая искусство исцеления я могу вылечить болезни и бороться против смерти. На мой взгляд, врач – это самая благородная профессия. В моей стране есть ограниченные возможности для изучения медицины, поэтому все мы должны стремиться сделать все возможное, чтобы в полной мере овладеть навыками будущей профессии. Будущий врач должен искренне служить народу, работать на благо людей, не терять своего сердца, придерживаться этой профессии с упорством и без колебаний. Я верю, что обязательно справлюсь с этой задачей. Я хочу стать врачом, как доктор Bidhan Чандра и буду работать для развития здравоохранения в сельских районах моей страны.

## **ИСТОРИЯ КГМУ**

**Розыев М.**

**Казанский государственный медицинский университет  
Научный руководитель – к.п.н., доц. Евдокимова А.Г.**

С Медицинским факультетом Казанского университета, Казанским медицинским институтом и Казанским медицинским университетом тесно связана история большинства крупных клиник, Казанского государственного института усовершенствования врачей, Казанского стоматологического института, а также многих казанских аптек. Казанские медицинские школы, сформировавшиеся на Медицинском факультете Казанского университета в XIX - начале XX в., представляют собой не только научно-исторический, но и яркий культурный феномен. Уже во второй половине XIX века анатомическая, терапевтическая, хирургическая, физиологическая, нейрогистологическая, офтальмологическая, акушерско-гинекологическая, кожно-венерологическая и педиатрическая научные школы приобрели европейское значение и были прославлены именами таких выдающихся ученых, как анатом П.Ф.Лесгафт, гистолог К.А.Аршптейн, физиологи Н.О.Ковалевский, Н.А.Миславский, офтальмолог Е.В.Адамюк и др. Казанские профессора-медики становились основателями новых университетов в Сибири (В.М.Флоринский), Саратове и в Закавказье (В.И.Разумовский). В Казани начинали, продолжали или заканчивали свою карьеру все наиболее выдающиеся ученые-медики России, среди которых были такие светила мирового уровня, как В.М.Бехтерев и Л.О.Даркшевич. Казанские ученые-медики во многом смогли опередить своих коллег из Петербурга и Москвы. В Казани учились и работали известные деятели, роль которых в обосновании и строительстве системы здравоохранения неопределима. Это — первый народный комиссар здравоохранения РСФСР А. Семашко, один из крупнейших организаторов и теоретиков гражданского и военного здравоохранения Советской России З.П.Соловьев, министр здравоохранения РСФСР и СССР, чье имя носил Казанский медицинский институт, С.В.Курашов, один из первых профессоров-татар и народных комиссаров здравоохранения Татарской республики, видный социал-гигиенист Ф.Г.Мухамедьяров, выдающийся теоретик и организатор советской системы охраны здоровья детей, первый заместитель министра здравоохранения СССР, которому выпала драматическая роль — закрыть министерство в связи с распадом Советского Союза, академик А.А.Баранов, министр здравоохранения РФ, профессор А.Д.Царегородцев.

## **К ВОПРОСУ О ВЛИЯНИИ МУЗЫКИ НА ОРГАНИЗМ**

**Соринола Блессинг Адебайо**

**Казанский государственный медицинский университет  
Научный руководитель- к.ф.н., асс. Аликова Е.А**

Музыка является важной частью нашей жизни, одной из форм выражения чувств, эмоций, мироощущения. Общеизвестно и значительно ее благотворное влияние на организм человека.

Цель данной работы состоит в выявлении положительного воздействия музыки на организм человека.

Постоянное беспокойство, тревога и депрессия пагубно сказываются на организме человека, в том числе оказывают негативное воздействие на работу мозга. Человек испытывает состояние замешательства, которое мешает выполнению привычных действий, накладывает отпечаток на качество и темп работы. Тревожное состояние существенно замедляет и затрудняет выполнение обычных задач, притупляет способность логически мыслить. К подобным негативным последствиям приводит в том числе снижение уровня серотонина. Клетки головного мозга страдают от низкого уровня «гормона счастья»

(именно так называют серотонин). Музыка, как известно, приводит к резкому подъему уровня серотонина, гормона, влияющего на клетки мозга, ответственные за настроение, память, способность к обучению. Повышая уровень серотонина в мозге, музыка тем самым оказывает положительное воздействие на его клетки.

Музыка способствует снижению давления, выводит человека из состояния депрессии, сильного потрясения, помогает восстановиться после оперативных вмешательств.

Музыка в настоящее время все чаще используется в качестве терапии. Приятные мелодии помогают вернуть душевное равновесие, переосмыслить проблемы, ранее казавшиеся неразрешимыми.

Процесс восприятия музыкального произведения, момент его прослушивания доставляет положительные эмоции как автору произведения, исполнителю, так и слушающему.

В ходе проведенной работы мы пришли к выводу о том, что музыка обладает целебными свойствами, так как правильно подобранные композиции помогают снять стресс, восстановить душевное равновесие, способствуют нормализации артериального давления. Кроме того, она является сильным и действенным средством в борьбе против усталости, депрессии.

## **ЯЗЫКОВАЯ СИТУАЦИЯ В НИГЕРИИ**

**Этим Эммануэль Джозеф**  
**Казанский государственный медицинский университет**  
**Научный руководитель - к.ф.н., асс. Аликова Е.А.**

Цель представленной нами работы заключалась в анализе языковой ситуации в современной Нигерии.

Среди африканских стран Нигерия является самой населенной. Число проживающих в ней людей превышает 162 миллиона. Жители Нигерии – представители разных этнических групп, что, в свою очередь, объясняет широкое распространение на территории страны разных языков, среди которых – йоруба, хауса, эфик, игбо. Определить количество местных языков, функционирующих в настоящее время в Нигерии, представляется непростой задачей. По разным сведениям ученых, в стране насчитывается более 400–500 языков.

В качестве официального языка в Нигерии был принят английский язык. Именно этот язык является и сегодня объединяющим для всех нигерийцев. Английский язык активно используется средствами массовой информации, а это значит, что каждый день на нем транслируются передачи по радио и телевидению. К английскому языку прибегает и система образования. Преподавание в учебных заведениях ведется на английском языке. В классах и аудиториях звучит британский английский язык. Однако после занятий дети нередко переходят на ломаный английский язык (пиджин-инглиш). Важно отметить, что разговаривать на пиджин-инглиш в учебных аудиториях запрещено. Таким образом, дети, общаясь в семье на родном языке, в школе проходят обучение на классическом английском языке, а за ее пределами в разговоре со сверстниками переходят на пиджин-инглиш.

Пиджин-инглиш активно используется жителями Нигерии на улице. Разговор на ломаном английском языке здесь можно услышать повсюду: на остановках, на местном рынке. Таким образом, можно заключить, что наряду с классическим вариантом английского языка в настоящее время в Нигерии активно используется для общения пиджин-инглиш, популярность которого стремительно растет среди населения.

Характеризуя языковую ситуацию в современной Нигерии, можно отметить такие свойственные ей черты, как: наличие большого количества местных языков, классического английского языка и пиджин-инглиш. Отсюда следует, что большая часть населения Нигерии каждый день прибегает к использованию местного языка и к одному из вариантов английского языка.

## **КАЧЕСТВО МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В ИОРДАНИИ**

**Фесал Тарик**  
**Казанский государственный медицинский университет**  
**Научный руководитель – к.п.н., доц. Евдокимова А.Г.**

Внимательное отношение к пациентам в иорданских клиниках и их высокий профессионализм уже давно заслужили признание и уважение пациентов из более 100 стран мира. Так, в Иордании сильна одна из самых сложных медицинских дисциплин – трансплантология. Например, первая пересадка почек в Иордании была проведена еще в 1972 г., пересадка сердца — в 1985 г., успешная пересадка печени — в 2004 г. В Иордании успешно практикуются оба основных вида пересадки костного мозга: аллогенная (пересадка костного мозга донора) и аутогенная, когда пациент получает свой костный мозг, взятый до начала химио- и/или лучевой терапии.

Большой опыт и мощная научно-исследовательская база обуславливают высокие показатели в терапии целого ряда онкозаболеваний. Одним из наиболее развитых направлений иорданской медицины является кардиология. Тысячам пациентов из самой Иордании и других стран ежегодно проводят процедуры и операции по коронарным вмешательствам, таким как: баллонная дилатация и имплантация стента для лечения ишемической болезни сердца, вальвулопластика, устранение предсердных перегородочных дефектов и лечение артериоза семенных протоков.

В специализированных клиниках Иордании успешно проводятся различные виды хирургических вмешательств — как масштабных, так и малоинвазивных. Особенно высоких результатов иорданские медики добились в лечении пациентов всех возрастов с врожденными пороками сердца.

Сегодня в Иордании можно осуществить лечение по таким направлениям, как: трансплантология, онкология и гематология, кардиология, хирургия, дерматология, урология, офтальмология, отоларингология, гастроэнтерология, нефрология, эндокринология, ревматология, акушерство и гинекология, радиология и др.

Донорство в Иордании: в стране разрешена пересадка почек только живых людей. Донорами могут быть родители, сестры, братья, взрослые дети, тети и дяди. Допускается донорство между супругами. Возраст доноров: от 18 до 65 лет. Показания для пересадки почки и причины почечной недостаточности: диабет, гломерулонефрит, гипертонивный, нефросклероз, наследственные, расстройства, хронические трубчатые интерстициальные болезни, закупоривающая нефропатия, болезни неизвестной этиологии.

## ТЕРМИНЫ-НАЗВАНИЯ РАЗДЕЛОВ МЕДИЦИНЫ И МЕДИЦИНСКИХ СПЕЦИАЛИСТОВ

Рам Кумар

Казанский государственный медицинский университет  
Научный руководитель – к.ф.н., преп. Кузнецова Е.Г.

Названия наук, специальностей, разделов медицины и медицинских специалистов образуются чаще всего с помощью конечных терминоэлементов (ТЭ) латинского происхождения. Наиболее частотный ТЭ *-logia*: офтальмология (раздел медицины, посвященный заболеваниям глаз и методам их лечения); физиология (наука о естественных жизненных процессах в организме); стоматология (раздел медицины, посвященный заболеваниям органов полости рта и методам их лечения).

ТЭ *-pathologia* употребляется для образования названий некоторых разделов клинической медицины: невропатология (раздел, посвященный болезням нервной системы и методам их лечения); сексопатология (раздел, посвященный половым расстройствам и методам их лечения).

Некоторые названия разделов клинической медицины образуются с помощью конечного ТЭ *-iatria*: гериатрия (раздел, посвященный заболеваниям старческого возраста и методам их лечения); психиатрия (раздел, посвященный психическим заболеваниям и методам их лечения).

Отдельные термины образуются с помощью конечного ТЭ *-paedia*: логопедия (раздел педагогики, посвященный исправлению дефектов речи); ортопедия (раздел клинической медицины, посвященный исправлению дефектов и деформаций опорно-двигательного аппарата).

Большинство названий медицинских специалистов образуются с помощью конечного ТЭ *-logus*: физиолог (специалист в области физиологии — науки о естественных жизненных процессах в организме); проктолог (врач-специалист по заболеваниям прямой кишки).

Названия некоторых врачей-клиницистов образуются с помощью ТЭ *-pathologus* и *-iater*: невропатолог (врач-специалист по заболеваниям периферической нервной системы); педиатр (врач-специалист по лечению заболеваний детского возраста).

Латинские названия специалистов, которые в русских эквивалентах имеют конечный элемент *-ист*, являются существительными с конечным элементом *-ista*: инфекционист (врач-специалист по инфекционным заболеваниям); окулист (врач-специалист по лечению болезней глаз).

По такой же модели составляется латинский эквивалент термина «терапевт» и эквиваленты терминов, в которых это слово выступает в роли конечного ТЭ: терапевт (врач-специалист по лечению внутренних болезней); психотерапевт (врач-специалист в области психотерапии).

Названия специалистов, имеющих в русских эквивалентах конечный элемент *-пат*, являются существительными с конечным элементом *-pathus*: натуропат (врач, использующий для лечения только естественные средства (живой и неживой природы); остеопат (врач-специалист по заболеваниям костной системы человека).

## ЯЗЫК И МЕНТАЛЬНОСТЬ

Джоши Абхилаш Сомкувар Сагат

Казанский государственный медицинский университет  
Научный руководитель-преп. Фомина С.Е.

Проблема соотношения языка и мышления имеет свою длительную историю. В трудах К. Маркса по данной проблеме есть интересная мысль: «Язык определяет не только направление деятельности индивидуального сознания, опосредствуя значениями степень важности элементов системы знания, но даже господствующие интеллектуальные навыки и манеру миропонимания». Так писал о влиянии языка на мышление Э. Сепир: «Люди живут не только в объективном мире вещей и не только в мире общественной деятельности, как это обычно полагают; они в значительной мере находятся под влиянием того конкретного языка, который является средством общения для данного общества. «Реальный мир» в значительной степени бессознательно строится на основе языковых норм данной группы, мир предстаёт перед нами как калейдоскопический поток впечатлений, который должен быть организован нашим сознанием, а это значит - в основном языковой системой, хранящейся в нашем сознании.

В современной лингвокультурологии понятие «ментальность» используется в двух смысловых ракурсах: во-первых, когда говорят об этнической или социальной обусловленности нашего сознания и, во-вторых, когда пытаются обосновать истоки духовного единства и целостности народа. В этих же смысловых рамках данное понятие может быть использовано и в когнитивной лингвокультурологии. Более того, для нее оно оказывается базовым, поскольку эту научную дисциплину в соотношении языка и культуры интересуют, прежде всего, способы языкового выражения этнического менталитета.

В когнитивной лингвокультурологии ментальность – это совокупность типичных проявлений в категориях родного языка своеобразного (сознательного и бессознательного) восприятия внешнего и внутреннего мира, специфическое проявление национального характера, интеллектуальных, духовных и волевых качеств того или иного культурно-языкового сообщества. Обратим внимание на структурированность, внутреннюю предрасположенность человека как члена определенной этноязыковой общности поступать тем или иным образом в соответствующих стереотипных обстоятельствах.

Творческая интерпретация отдельных фрагментов и элементов концептуальной картины мира, осмысление их структурных взаимосвязей осуществляются на уровне языкового сознания, формирующего языковую картину мира. «В ткань восприятия, не говоря уже о представлении, всегда вплетаются слова, знания, опыт и культура поколений».

## «СИНОНИМИЯ И АНТОНИМИЯ ФРАЗЕОЛОГИЗМОВ С КОМПОНЕНТОМ «АЯК» В ТАТАРСКОМ ЯЗЫКЕ»

Шайхутдинова А.А.

Казанский государственный медицинский университет  
Научный руководитель – к.фил.н., доц. Амирова Р.М.

Мы часто не замечаем, что используем в своей речи фразеологические обороты, которые содержат названия частей нашего организма как сердце, глаза, ноги, уши. Эти названия также относятся к медицинским терминам. Фразеологические обороты мы используем, чтобы более эмоционально выразить своё отношение к какой – либо ситуации или проблеме.

Есть работы, которые посвящены исследованию фразеологических оборотов с компонентами «сердце», «глаза». В своей работе я исследовала фразеологизмы с компонентом «аяк». Работа называется «Синонимия и антонимия фразеологизмов с компонентом «аяк» в татарском языке». Фразеологизмы с компонентом «аяк» ориентированы на человека и по структуре, т.к. включают в свой состав лексику, обозначающую часть человеческого тела, и по семантике, поскольку все фразеологизмы так

или иначе характеризуют человека, также компонент «аяк» является медицинским термином. Нами отмечены 119 фразеологических оборотов татарского языка с данным компонентом. Среди них есть синонимические и антонимические фразеологические обороты, которых было интересно сравнивать.

В татарском языке ещё много фразеологических оборотов, которые можно было бы исследовать и изучить. Моя работа является лишь малой долей в этих исследовательских поисках.

## **ИСЛАМ ДИНЕ ҺӘМ ГИГИЕНА АСПЕКТЛАРЫ**

**Галлямова Г.**

**Казанский государственный медицинский университет  
Научный руководитель – к.фил.н., доц. Амирова Р.М.**

Сәләмәтлекнең нигезе - чисталык. Гигиена тәләпләрен үтәмәү бик күп авыруларның чыганагы. «Чисталык – иманның яртысы», диелә Пәйгамбәребезнең бер хәдисендә. Димәк, ислам динебез һәм медицина чисталык кагыйдәләре хакында бер фикердә.

Намаз – жәннәт ачкычы, ә тәһарәт - намаз ачкычы. Тәһарәтсез намаз кабул түгел.

Тырнаклар үстерү, аларны лак белән буяу жәмгыятебездә хатын-кызларның «культуралы» булуының бер сыйфаты булып тора. Ә бит тырнак астына бик күп пычрак, микроблар жыела, алар хәзерге заманда еш таралган эчәк инфекцияләренен, паразит суалчаннарның төп чыганагы булып торалар. Тәһарәт вакытында тәннең гадәттә пычракка һәм тузанга ачык булган кайбер өлешләрен юу да бик күп авыруларны кискәтү чарасы булып тора.

Женси якынлыктан соң ир һәм хатын-кыз, күрем, нифас (бала тудырганнан соң) каны туктаганнан соң мөселман хатын-кыз Аллаһы Тәгаләнең ризалыгын алыым дигән ният белән гөсел коена. Гөсел тәнне пакьләп кенә калмый, кешенең бөтен негатив эмоцияләрен, психик киеренкелеген юкка чыгара, организмда матдәләр алмашынуын тизләтә.

Динебездә күрем күрү вакытында женси якынлык тыелган, чөнки бу очракта бактерияләрнең женси әгъзаларга керүе һәм зыян итү ихтималы арта, ә моның аркасында эндометрит, аднексит, бала таба алмау һ.б. авырулар барлыкка килүе мөмкинлеге ешай.

Сөннәткә утыртылмаган ир баланың женси әгъзасында кисеп алынмаган тиренең артык өлеше төрле бактерияләрнең, микробларның жыелу урынына әверелә, һәм еш кына фимоз, парафимоз, ракның, яман шеш авыруының сәбәбе булып тора.

Аллаһы Тәгалә безне: «Эй кешеләр, сезне яралткан Раббыгызга буйсыныгыз», дип вәгазый. Ләкин кеше дигән зат буйсынырга ашыкмый, үзенә-үзе гигиеник чаралар уйлап таба. Аларның күбесенең файдасы фән белән исбатланган (контрастлы душ, аякларны ятыр алдыннан салкын су белән юу, карда яланаяк йөрү, бозлы суда коену). Ләкин һәрбер кешенең сәләмәтлегенә бу ысуллар унай тәэсир итмиләр, гөсел, тәһарәт кебек аларны һәрбер кеше һәрдаим башкара да алмый. Әлбәттә, Аллаһы Тәгалә боерган, Пәйгамбәребез үз тормышында эшләп күрсәткән гигиеник системалар, үзләренең гадилеге, камиллеге белән кеше уйлап тапкан ысуллар белән чагыштыргысыз.

## **ТАТАР ТЕЛЕНДӘ КИЛЕШЛӘР**

**Гимадиева А.**

**Казанский государственный медицинский университет  
Научный руководитель – к.фил.н., доц. Амирова Р.М.**

Килеш — грамматик категория. Ул махсус кушымчалар ярдәмендә исемне башка сүзләр белән төрле синтаксик (объект, урын, вакыт, максат, сәбәп һ. б.) мөнәсәбәткә куя. Мәсәлән: *кулмакне* (объект) *тегеп бетерү*, *авылга* (урын) *кайтып килү*, *каникулда* (вакыт) *походка йөрү*, *жиләккә* (максат) *бару*, *шатлыктан* (сәбәп) *елмаю* һ. б.

Никадәр генә өйрәнелгән кебек тоелса да, соңгы елларга кадәр татар тел белемендә исемнәрнең килеш категориясе галимнәрнең игътибарын жәлеп иткән шактый катлаулы һәм бәхәсле мәсьәлә булып санала.

Бу бәхәсләр, нигездә, түбәндәгеләргә карый:

- килешләрнең саны;
- аналитик килешләр мәсьәләсе;
- баш килеш һәм аның грамматик мәгънәләре.

Хезмәтемдә мин шуның беренчесенә, ягъни, килешләрнең саны мәсьәләсенә тукталып үтәм. Фәнни эшемне башкарганда Г. Фәезханов, К. Насыри, В. Хангилдин, Д. Тумашева, З. Вәлиуллина, Ф. Хисамова, М. Зәкиев һ. б. галимнәрнең һәм килеш категориясен яңача өйрәнүгә житди өлеш керткән хезмәтләрдән файдаландым.

Нәтижә ясап, шуны әйтәсе килә: татар телендә килеш категориясе өзлексез үсә һәм үзгәрә. Хәзерге татар телендә тотрыклы булып саналган алты килеш һәм саны, һәм составы алынган татар теленең беренче грамматикаларында ук шактый төгәл билгеләнгән. Телнең кешеләргә аралашу өчен генә түгел, ә белем, тәҗрибә туплау, халыкның фән, мәдәният, әхлак өлкәсендәге казынышларын өйрәнү һәм буыннарда буыннарга тапшыру өчен дә кирәклеген аңлыбыз

## **ТАТАРСКИЕ ФРАЗЕОЛОГИЧЕСКИЕ ПАРАДИГМЫ С КОМПОНЕНТОМ «ГЛАЗ» / «КҮЗ»**

**Бадретдинова Д.Ф.**

**Казанский государственный медицинский университет  
Научный руководитель – к.фил.н., доц. Амирова Р.М.**

Объектом нашего исследования является татарские фразеологические парадигмы с компонентом «глаз» / «күз».

Цель данной работы выявить значения фразеологических оборотов с компонентом «глаз» / «күз».

Нами отмечены более 100 фразеологических оборотов татарского языка с данным компонентом.

Употребление слов связанных каким-то образом со зрением, показалось мне интересным, и я решила найти примеры идиом и фразеологизмов где наиболее интересно, на мой взгляд, использованы эти слова. Оказалось, что примеров таких идиом невероятное множество, и невозможно прожить день, чтобы не встретиться с одним из них. Также выяснилось, что эти примеры довольно разнообразны, что говорит о том, как сильно люди связывают свою жизнь и повседневную деятельность со зрением; какое множество аспектов человеческой жизнедеятельности представлены в этих фразеологизмах, что означает, насколько велика роль зрения для человека. Благодаря этой работе я осознала для себя эту важность и несколько обогатила свою речь интересными словосочетаниями.

Например: *Күзгә чагылу* (попасться на глаза), *күзе өскә менгән* (глаза на лоб полезли), *күзе уйнау* (глаза блестя), *күзе шар булу* (глаза стали круглыми), *күзен майландыру* (смотреть масляными глазами), *күз тимәсен* (чтобы не сплзнуть) и другие.

## АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ АНТРОПОНИМИКИ В ТАТАРСКОМ ЯЗЫКЕ

Валиева Г.

Казанский государственный медицинский университет  
Научный руководитель – к.фил.н., доц. Амирова Р.М.

На начальном этапе проникновения ислама мусульманские имена носили в основном представители знати. Очень распространенным был, например, имяобразующий тип *иш+арабский компонент*, функционирующий вплоть до XIX века: *Ишмөхәммәт*, фонетические варианты *Ишмәт*, *Ишмәмәт*, *Ишми*, *Ишкүәт*, *Ишморза* и другие. Второй этап активизации арабо-персидских имен приходится на XV-XVI века. Во второй половине XIX века формируется новая традиция именования, которая заключается в использовании сложных по составу имен, состоящих из двух и более компонентов: *Мөхәммәтвали*, *Мөхәммәтрәхим*, *Габделгаффар*, *Вәлибикмөхәммәт*, *Бибитәскирә*, *Маһисорур*, *Зәйнәпфатыйма*, *Миңлегөлҗиһан*. Эта традиция стала доминирующей к концу XIX – началу XX веков. Для тюрко-татарского народа, который всегда стремился использовать в процессе именования короткие, не более трех слогов имена, не характерно было употребление сложносоставных имен, и это осложнило практическую сторону функционирования антропонимов.

Взаимосвязь Аллах – человек. Имена религиозного содержания делятся на несколько групп. Первую группу составляют имена, восхваляющие ислам. Сюда входят имена с компонентами *-алла/-улла*, *-дин*, *ислам*, употребляющиеся только в составе мужских имен; имена-эпитеты Аллаха, особенность функционирования которых заключается в том, что часть из них употребляется только в качестве личного имени, а другая – и в функции нарицательных слов: *газиз*, *гадел*, *рәхим*, *сәлам*, *гали*, *шаһит*, *хақ*, *вәкил*, *хәким*, *ахыр*, *бакый*, *варис*; имена близких пророку Мухаммаду людей, сохранившие до настоящего времени значение святости (*Әминә*, *Хәдичә*, *Фатыйма*, *Өммегөлсем*, *Гайшә*, *Әбүбәкер*, *Гомәр*, *Госман*, *Гали*, *Хасән*, *Хөсәен* и др.).

Религиозные воззрения отражены также в именах, образованных от названий религиозных праздников (*Корбан*, *Корбангали*, *Корбансылу*, *Корбанбикә*, *Мәүлидә*, *Мәүлетгали*), от названий календарных месяцев (*Сәфәр*, *Рәжәп-Рәжибә*, *Шәгъбан*, *Рамазан*, *Рабигә*), от названий месяцев древнеиранского календаря (*Әсфән*, *Фәрвәр*, *Фәрвария*), от другой религиозной символики (*Зәмзәмия*, *Фирдәүс*, *Фирдәүсә*, *Жәннәтбану*, *Гөлжәннәт*, *Кәүсәрия*, *Мәдинә*, *Мәккә* и др.).

## КАЮМ НАСЫЙРИ ӘСӘРЛӘРЕНДӘ ГАРӘП-ФАРСЫ АЛЫНМАЛАРЫ

Фархиева Г.В.

Казанский государственный медицинский университет  
Научный руководитель – к.фил.н., доц. Амирова Р.М.

Телебезнең сүзлек составы-зур тарихи үсеш нәтижәсе ул. Аның төп сүзлек фондын гомум-төрки сүзләр тәшкил итә.

Бер генә халык та аерым, үзе генә яши алмаган. Әүвәл кабиләләр, соңга таба төрле халыклар, дәүләтләр белән аралашу нәтижәсендә, татар теленә теге яки бу телдән алынма сүзләр килеп кергән.

Татар теленә сүзлек составында гарәп һәм фарсы телләреннән кергән сүзләр күп. Алар барлык төрки телләрдә йөзләрчә еллар яшәп килгәннәр. Бу сүзләр татар теленә төрле заманнарда, төрле юллар белән кереп килгән. 13 – 14 нче гасырларда Алтын Урда белән гарәп илләре арасында сүздә һәм культура мөнәсәбәтләре көчәя. Бу чорда гарәп һәм фарсы телләреннән күп кенә әсәрләр татар теленә тәрҗемә ителә. Фәнни китаплар тәрҗемә ителгәндә дә терминнар, атамалар гарәп – фарсы телләреннән алыналар. 18 – 19 нчы йөзләрдә бу сүзләр шактый үзләштерелә һәм татар теленә үз законнарына буйсындырыла.

20нче гасыр башларында татар теле һәм әдәбияты үсешендә яңа чор башлана һәм бу сүзләрнең киң халык массаларына аңлашылмый торганнары акрынлап кулланылыштан төшеп кала.

Мин үзем К.Насыйрины галим буларак та, язучы буларак та яратам. Аның фантастикага нигезләнгән “Әбүгалисина” әсәре миндә аеруча кызыксыну уятты. Ләкин яшь буынга кайбер гарәп-фарсы алынмаларын уку, аңлау авырлык тудыра. Шунлыктан, әсәрнең эчтәлегенә тирәнтен төшенү өчен, әлегә эшемә алындым. Андагы алынма сүзләргә бергә тупладым, соңыннан анализладым.

Фәнни эшемә нәтижә ясап шуны әйтәсе килә: Каюм Насыйри үзенә “Әбүгалисина” әсәрен халык теленә якынайтуны максат итеп куя. Г.Лотфи эшкәртмәсендә, төрки-татар сүзләреннән тыш, күпчелекне гарәп алынмалары, аннан фарсы, рус һәм рус теле аша чит телләрдән кергән сүзләр тәшкил итә. Әсәрдәге алынмаларны тематик төркемгә бүлеп караганда, һәр өлкәгә кагылышлы сүзләр очрый.

Фәнни эшемдә алынмаларны: фонетик, морфологик, лексик яктан тикшердем. һәм һәр өлкәдә үзгәрешләр булуына төшендем.

Бүгенге көндә дә алынма сүзләр телебезгә күпләп үтеп керәләр, телнең сүзлек составын баеталар. Ләкин телнең алынма сүзләр белән чуарлануы телне юкка чыгармас микән дигән борчу тудыра.

Соңгы елларда халкыбызның үткененә кызыксыну артты, әдәби, тарихи һәм популяр публицистик китаплар бер - бер артлы чыгып кына тора.

Үз халкыбызның язмышы, киләчәге турында кайгырту, телебезне рус алынмаларыннан чистарту киләчәк буынның бурычы дип саныйм мин.

## АЗЫК-ТӨЛЕК ЭТИКЕТАЛАРЫНДА “ТР ХАЛЫКЛАРЫ ТЕЛЛӘРЕ ТУРЫНДАГЫ” ЗАКОННЫҢ ҮТӨЛЕШЕ

Димухаметова А.И.

Казанский государственный медицинский университет  
Научный руководитель – к.фил.н., доц. Амирова Р.М.

Безнең хезмәтебезнең темасы – “Татарстанда житештерелгән ризык ярлыкларында “Татарстан Республикасы халыклары телләре турында” Законының үтөлеше”.

Бүгенге көндә Татарстанда житештерелгән ризыклар һәм башка көнкүреш кирәк-яракларының этикеткаларында татарча язмалар очрый. Тик рус һәм татар телендә язылган ярлыкларда хаталар бик күп, ә бу телнең дәрәжәсен төшерә. Моңың өчен сатуда кулланыла торган реклама, кулланучылар өчен мәгълүмат телен дә үстерү зарур.

Татарстанда эшләп чыгарылган ризыкларның этикеткаларында “Татарстан Республикасы халыклары телләре турында” Законының үтөлешен анализлау максаты белән сөттән ясалган ризыкларның һәм ипи-кондитер ризыкларының ярлыкларын, ипи-кондитер ризыкларында кулланучылар өчен мәгълүмат теленә тәрҗемә ителешен анализладык. Без “Мамадыш ипи комбинаты”, “Яшел Үзән икмәк комбинаты”, “БКК”, “Казан шәһәренең №2 ипи пешерү заводы”, “Казан шәһәренең №3 ипи пешерү заводы”, “Казан шәһәренең №7 ипи пешерү заводы”,

“Бәхетле” сәүдә чөлтәре һәм шәхси эшмәкәр Шахин Н.М. житештергән ризыкларны тикшердек. Йомгак итеп шуны әйтеп була: “Яшел Үзән икмәк комбинаты”нда житештерелгән барлык продукция дә ике телдә бирелә. Ә “БКК”, “Казан шәһәренең №2 ипи пешерү заводы” продукциясен тәржемә итми.

Без Татарстанда иң күп күләмдә сөт продукциясен житештерүче «Вамин», «Эдельвейс», «Яшел Үзән сөт комбинат»лары житештергән сөт, катык, сыр, май, каймак, эчемлекләр продуктларын карап үттек. Күзәтүләрдән чыгып, шуны әйтә алабыз: әлеге өч оешма арасыннан бары тик «Вамин» оешмасы гына продукциясен тәржемә итә.

Тикшеренүләр нәтижәсе безне уйланырга мәжбүр итә. Чөнки Татарстанда житештерелә торган ризыклар этикеткаларының күбесендә татарча бернинди дә мәгълүмат юк. Бу, әлбәттә, бик аянычлы хәл. Чөнки әлеге оешмалар турыдан-туры “Татарстан Республикасы халыклары телләре” турындагы законга буйсынмыйлар дигән сүз.

Безнең әлеге хезмәтебездә Татарстанда эшләгән барлык оешмалар һәм алар житештергән барлык продукция кереп бетмәде. Әлеге өлкә буенча тагы да кинрәк, тирәнрәк тикшеренүләр алып барырга, хезмәтләр азырга була.

Телебезгә ихтирам һәм кызыксыну уятырга теләсәк, без, һичшиксез, житешсезлекләргә төзәтергә тиешбез. Кулланучылар өлкәсендәгә дәүләт сәясәте турыдан-туры татар теле һәм мәдәниятен үстерү эше белән бәйле. Әлеге өлкәдә татар телен куллану яшь буынның үз туган теленә кызыксынуын, хөрмәтен арттырыр иде.

## **ӨТНӨ РАЙОНЫ АВЫЛЛАРЫ ЧИШМӨЛӨРЕ ТАРИХЫ**

**Гараев Д.Р.**

**Казанский государственный медицинский университет  
Научный руководитель – к.фил.н., доц. Амирова Р.М.**

Чишмәләр көндәлек тормышта кирәкле чыганак. Элек-электән чишмәләрне хөрмәтләгәннәр, саклаганнар. Чишмәләр, инешләр яшәү чыганагы булганныктан күп авыллар, шәһәрләр сулыклар тирәсенә үрнашкан. Элек кешеләр судан башка яшәүне күз алдына да китермәгәннәр. Алар өчен саф чишмә суы сый-дару шикелле саналган.

Хәзерге көндә ата-бабаларыбыздан калган чишмәләр, коелар онытылып баралар кебек. Ләкин шул үк вакытта, авыл жирлекләрендә гомер иткән кешеләр өчен изге чишмәләр булып калган чишмәләр бар икән. Алар хәзерге көнгәчә сакланганнар.

Фактик материал Татарстаныбызның өтнө районы авылларында жыелды (Дусым авылы, Күәм авылы, Кече Көек авылы, Түбән Көек авылы).

Фәнни хезмәтебездә түбәндәгә максатларны куйдык:

1. өтнө районның чишмәләрен, коеларын һәм башка чыганакларын барлау.
2. Буыннан-буынга чишмәләрне карау, чистарту традицияләре турында мәгълүмат туплау.
3. Иң гүзәл һәм тарихлы чыганаклар турында кешеләрдән материал жыеп, язып чыгу.

Хезмәтебезнең нәтижәсе итеп шуны асызыкыйсы килә, өтнө районы авылларында, элек бик күп чишмәләр, тирән коелар булган. Хәзерге көнгә чишмәләргә саны  $\frac{3}{4}$  азайган, яисә кайберләре бөтәнләй су бирми башлаган, кипкәннәр. Авыллардагы коелардан кеше файдаланмый, су алмый диарлек. Чишмә суларын кешеләр кунаклар өчен, яки бәйрәмнәр вакытында гына кулланалар.

Материал туплауанда чишмәләрне даими караучы гаиләләр табылды. Бу гаиләләр инде 3-4 буын чишмәләрне, коеларны карап, чистартып, аларны кадерләп яшиләр.

## **ШАГЫЙРЬ СИБГАТ ХӘКИМ ИЖАТЫ**

**Ильясова Л.Р.**

**Казанский государственный медицинский университет  
Научный руководитель – к.фил.н., доц. Амирова Р.М.**

Шагыйрь ижатына төшенү дә аның шәхси биографиясен өйрәнү, үл үткән тормыш юлын аңлау аша гына була ала. Шунсыз шагыйрь язган юлларның моңы халык күңеленә бөтен тулылыгы белән барып ирешә алмый. Шагыйрь күңелендәгә тибрәнешләр укучы күңелендә дә дулкын булып кабатланганда гына ижатчы бәхетле. Сибгат Хәким татарның шундый бәхетле шагыйрьләреннән идее

Сибгат Хәким игенче һәм балта остасы гаиләсендә туа. Кечкенә Сибгаткә өч яшь булып-булмас вакытта Беренче Бөтендөнья сугышы башланып киткән, аңа бөтен илне тетрәткән гражданныр сугышы ялганган.

Булачак шагыйрь туган авылында жидееллык мәктәп тәмамлап, Казанга килә. Аннан соң Көнчыгыш педагогия институтында белем ала.

Сибгат Хәким язмышы Бөек Ватан сугышына барып тоташа. Сугышта үл рота командиры, артиллерист. Фронттагы батырлыклары өчен Кызыл Йолдыз ордены һәм медальләр белән бүләкләнә.

С. Хәким – халык ижаты, халык жырлары һәм Г.Түкай поэзиясе традицияләре жирлегендә яза башлаган шагыйрьләргә берсе. Түкай шәхесе, Түкайның поэтик традицияләре турында уйланулар шагыйрьнең публицистик мәкаләләрендә, әдәби эссе һәм парчаларында да төп темаларның берсен били

Үсештәге шагыйрь таланты шуннан соңгы елларда туган як темасына йөзгә яқын шигырь ижат итте, шигырьдән шигырьгә авторның хисләре яңа яклары белән ачылдылар

Шагыйрь – дистәләгән жырлар авторы.

Жырлары белән шагыйрь яулаган биеклекләр халык тарафыннан да, рәсми рәвештә дә танылу таптылар: үл Россиянең Максим Горький, Татарстанның Габдулла Түкай исемендәгә бүләкләренә лаек булды. Жәмәгать эшләре һәм татар әдәбиятын үстерү өлкәсендәгә нәтижәле хезмәтләре өчен Ленин ордены Октябрь Революциясе һәм Хезмәт Кызыл Байрагы орденнары белән бүләкләнә. Татарстанның халык шагыйре дигән мактаулы исем бирелде.

# ЛУЧЕВАЯ ДИАГНОСТИКА И ЛУЧЕВАЯ ТЕРАПИЯ

## КОМПЛЕКСНАЯ ЛУЧЕВАЯ ДИАГНОСТИКА ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА

Сафина Г.Ф.

Казанский государственный медицинский университет  
Научный руководитель – к.м.н., асс. Фатхутдинова А.Т.

Дифференциальная диагностика заболеваний височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС) крайне затруднительна. По данным различных авторов патология ВНЧС наблюдается у 5-67% пациентов, обращающихся к стоматологу. Заболевания височно-нижнечелюстного сустава причиняют больным большие страдания, анатомические и функциональные нарушения, обуславливают эстетические недостатки.

Цель работы: оценка возможностей лучевых методов в дифференциальной диагностике заболеваний ВНЧС.

С этой целью нами было обследовано 32 пациента. Разработана программа лучевого обследования, включающая в себя: традиционные методы рентгенологического исследования, таких как ортопантомография, рентгенография ВНЧС по Парме при открытом и закрытом рте, рентгеномография; компьютерную томографию; магнитно-резонансную томографию.

Диагностика, основанная на традиционных методах рентгенологического исследования, позволяла оценить лишь состояние костной ткани. Трудность диагностики функциональных нарушений ВНЧС заключалась не только в отсутствии рентгенологических признаков, но и наличии сложной клинической картины, топографического положения сустава и его небольших размеров.

Компьютерная томография позволяла распознавать минимальные различия плотностей тканей. Проведение компьютерной томографии имело большое значение для дифференциальной диагностики мышечных и суставных нарушений височно-нижнечелюстного сустава.

Магнитно-резонансная томография как неинвазивный метод визуализации мягких тканей в сочетании с компьютерной томографией позволяла оценить не только костные компоненты ВНЧС, но и положение суставного диска и состояния жевательных мышц, что расширяло возможности диагностики нарушений височно-нижнечелюстного сустава и жевательных мышц.

Таким образом, комплексное обследование 32 больных с заболеваниями височно-нижнечелюстного сустава позволило поставить точный диагноз и эффективно провести им адекватное лечение. Анализ результатов комплексного обследования пациентов с заболеваниями ВНЧС позволяет повысить уровень диагностики и, следовательно, лечения.

## КОРОНАРОГЕННЫЕ И НЕКОРОНАРОГЕННЫЕ ЖЕЛУДОЧКОВЫЕ НАРУШЕНИЯ РИТМА СЕРДЦА

Цыплаков А.Д.

Казанский государственный медицинский университет  
Научный руководитель – к.м.н., асс. Тергулов А.Ю.

Целью настоящего исследования явилось изучение генеза желудочковых аритмий у больных ишемической болезнью сердца.

Материалы и методы исследования: В исследование было включено 40 человек, страдающих ишемической болезнью сердца и желудочковыми аритмиями. Всем пациентам проводились: рентгенологическая коронароангиография; эхокардиография с определением фракции изгнания по методу Симпсона; сцинтиграфия миокарда; электрокардиография в 12 отведениях; суточное мониторирование электрокардиограммы в 3-х или 12 отведениях; нагрузочные тесты на тредмиле; биохимический анализ крови с определением общего холестерина, триглицеридов, альфа-липопротеидов, глюкозы, мочевины, креатинина, концентрации K<sup>+</sup> и Na<sup>+</sup> и гормонов щитовидной железы.

Результаты. У пациентов с ишемической болезнью сердца выявлены желудочковые аритмии как коронарогенного (74,1%), так и некоронарогенного генеза (25,9%). У пациентов с ишемической болезнью с постинфарктным кардиосклерозом желудочковые аритмии, в подавляющем большинстве случаев, имели коронарогенный генез (94,7%). При отсутствии постинфарктного кардиосклероза коронарогенный генез выявлен только в 60,2% случаев.

Заключение. У больных ишемической болезнью сердца с постинфарктным кардиосклерозом желудочковая аритмия имеет преимущественно коронарогенный генез, что следует учитывать при выборе лечения у данной группы пациентов. Появление желудочковых аритмий при пробе с физической нагрузкой из очага, совпадающего с зоной кровоснабжения стенозированной коронарной артерии, может рассматриваться как признак коронарной недостаточности.

## HIGHLY – ACCELERATED QUANTITATIVE 2D AND 3D LOCALIZED SPECTROSCOPY WITH LINEAR ALGEBRAIC MODELING (SLAM) AND SENSITIVITY ENCODING

Шакирова Г.Ф.

Казанский государственный медицинский университет  
Научный руководитель – д.м.н., проф. Байкеев Р.Ф., к.м.н., Романов К.П.

Noninvasive magnetic resonance spectroscopy (MRS) with chemical shift imaging (CSI) provides valuable metabolic information for research and clinical studies, but is often limited by long scan times. Recently, spectroscopy with linear algebraic modeling (SLAM) was shown to provide compartment-averaged spectra resolved in one spatial dimension with many-fold reductions in scan-time in the number of works. This was achieved using a small subset of the CSI phase-encoding steps from central image k-space that maximized the signal-to-noise ratio. SLAM was extended to two- and three-dimensions (2D, 3D). In addition, SLAM is combined with sensitivity-encoded (SENSE) parallel imaging techniques, enabling the replacement of even more CSI phase-encoding steps to further accelerate scan-speed. A modified SLAM reconstruction algorithm was introduced that significantly reduces the effects of signal nonuniformity within compartments. Finally, main-field inhomogeneity corrections were provided, analogous to CSI. These methods were all tested on brain proton MRS data patients with brain tumors, and in a human cardiac phosphorus 3D SLAM study at 3T. Acceleration factors of up to 120-fold versus CSI were demonstrated, including speed-up factors of 5-fold relative to already-accelerated SENSE CSI. Brain metabolites were quantified in SLAM and SENSE SLAM spectra and found to be indistinguishable from CSI measures from the same compartments. The modified reconstruction algorithm demonstrated immunity to maladjusted segmentation and errors from signal heterogeneity in brain data. In conclusion, SLAM demonstrates the potential to supplant CSI in studies requiring compartment-average spectra or large volume coverage, by dramatically reducing scan-time while providing essentially the same quantitative results.

## **ВОЗМОЖНОСТИ НАГРУЗОЧНОЙ ПЕРФУЗИОННОЙ СЦИНТИГРАФИИ МИОКАРДА В ОЦЕНКЕ КОРОНАРНОГО КРОВОТОКА У БОЛЬНЫХ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ**

**Измайлова М.А.**

**Казанский государственный медицинский университет  
Научный руководитель – к.м.н., доц. Юсупова А.Ф., Баширов Р.А.**

Число сердечно-сосудистых заболеваний, особенно в форме коронарного заболевания сердца (сужение коронарных сосудов сердца, в результате чего возникают нарушения кровоснабжения мышечной ткани сердца), постоянно увеличивается. Перфузионная сцинтиграфия миокарда – метод обследования состояния кровоснабжения мышечной ткани сердца как в состоянии покоя, так и под нагрузкой.

Цель: Изучить перфузию миокарда методом однофотонной эмиссионной компьютерной томографии (ОФЭКТ) с ЭКГ-синхронизацией у лиц, страдающих гипертонической болезнью (ГБ) с интактными коронарными артериями, с применением нагрузочной пробы.

Материалы и методы: 40 пациентов (мужчин 22 и женщин 18 в возрасте от 39 до 74 лет) с диагнозом ГБ II стадии без значимых изменений коронарных сосудов (по данным коронарографии), находящихся на обследовании и лечении в РКБ МЗ РТ. Исследования проводили на ОФЭКТ (Phillips) методом ЭКГ-синхронизированной перфузионной сцинтиграфии <sup>99m</sup>Tc-МИБИ по двухдневному протоколу с нагрузочной пробой на велоэргометре. Для оценки размеров зон и степени нарушений перфузии миокарда применялся пакет AutoQUANT 7.2, вычислялась транзитная ишемическая дилатация ЛЖ (ТИД), фракция выброса ЛЖ.

Результаты и выводы: При выполнении нагрузочной перфузионной сцинтиграфии миокарда у больных с ГБ при малоизмененных коронарных артериях в большинстве (75 %) случаев наблюдается преходящее нарушение перфузии умеренной степени выраженности, преимущественно диффузного характера. Дополнительным критерием является выявление ТИД, которую можно интерпретировать как проявление диффузной субэндокардиальной ишемии. С большей частотой (65 %) преходящие нарушения выявляются у пациентов с наличием исходных дефектов перфузии. Стабильные дефекты характеризуются умеренной степенью выраженности с преимущественной передней и нижней локализацией и могут расцениваться как результат формирования фиброза в процессе сердечного ремоделирования.

## **КЛИНИКО-ЭНДОСКОПИЧЕСКОЕ И МОРФОЛОГИЧЕСКОЕ СОПОСТАВЛЕНИЕ ПИЩЕВОДА БАРРЕТА**

**Гарифулина М.И., Юсупова А.Ф., Глебашева С.Г.**

**Казанский государственный медицинский университет  
Научный руководитель – д.м.н., проф. Ахметзянов Ф.Ш.**

Цель исследования: Оценить роль уточняющих методик в эндоскопической диагностике пищевода Барретта.

Методы исследования: Сравнение и ретроспективный анализ данных эндоскопической и морфологической диагностики пищевода Барретта.

Результаты: У 32 больных, прошедших исследование показаниями к эндоскопическому исследованию являлось появление у больных изжоги и дисфагии. Клинические проявления Гастроэзофагеальной рефлюксной болезни не всегда соответствовали эндоскопической картине и степени выраженности морфологических изменений. У всех больных эндоскопически определялись изменения слизистой оболочки дистального отдела пищевода, характерные для различного вида эрозивного рефлюкс-эзофита (II-III степень по классификации Savary-Miller). Осложненные формы и стриктуры пищевода найдены у 5 больных. Морфологическая диагностика проводилась с окрашиванием гематоксилин-эозином. Для характеристики морфологических изменений использовалась классификация A.Paull, 1976, в которой выделяют метаплазии: кардиальный; фундальный и цилиндроклеточный типы. Применение гистологического исследования биоптата позволило установить, что из 32 больных с эндоскопической картиной ПБ, метаплазия эпителия была выявлена: фундальный и кардиальный типы в восьми случаях, кишечный тип - в 10. В 30% случаев метаплазия эпителия сопровождалась признаками хронического воспаления.

Закключение: Чувствительность метода составила только 50%, что, возможно, обусловлена сложностью визуализации очагов изменения слизистой в белом свете из-за воспалительных изменений слизистой, проляблированием складок желудка в пищевод, наличием хиатальной грыжи и коротким сегментом пищевода Барретта. Это обстоятельство подтверждает необходимость использования дополнительных методов исследования – хромоскопии и узкоспектральной эндоскопии.

## **АЛГОРИТМ ЛУЧЕВОЙ ДИАГНОСТИКИ ЗАБОЛЕВАНИЙ СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ**

**Клементьева А.В.**

**Казанский государственный медицинский университет  
Научный руководитель – к.м.н., асс. Фатхутдинова А.Т.**

Заболевания слюнных желез составляют 3-24% всей стоматологической патологии. На сегодняшний день методы диагностики данных заболеваний не являются полными и требуют дальнейшего улучшения.

Целью настоящей работы явилась разработка алгоритма лучевой диагностики заболеваний слюнных желез на основе изучения данных ультразвукового исследования, сцинтиграфии, сialogрафии, компьютерной томографии, рентгенологического исследования. Диагностируемые заболевания имели разнообразные проявления, затрагивающие макро- и микроструктуру слюнных желез.

Аналізу были подвергнуты данные лучевой визуализации при заболеваниях слюнных желез, полученные у 24 пациентов. Оценивались результаты сонографии, рентгенологических исследований, сцинтиграфии, сialogрафии и компьютерной томографии.

Цветная доплеровская сонография в сочетании с традиционной сонографией, являясь высокоинформативными диагностическими методами, позволили определить локализацию слюнных камней, отличить воспалительные поражения от опухолевых и дифференцировать объемные образования слюнных желез по степени доброкачественности и злокачественности. С помощью сцинтиграфии определяли функциональное состояние слюнных желез, а также контролировали эффективность лечения. Сialogрафия позволяла судить о состоянии протоков и паренхимы железы, и применялась для дифференциальной диагностики поражений протоков слюнных желез. Компьютерную томографию использовали с целью получения дополнительной специфической информации для дифференциальной диагностики



опухолевых изменений слюнных желез. А стандартное рентгенологическое исследование не столь информативно по сравнению с предыдущими, так как позволяло определить только наличие слюнных камней и инородных тел в протоках.

Вышеизложенное позволяет сделать вывод: на первом этапе целесообразно использовать сонографию, как более дешевый и быстрый метод. Компьютерная томография является необходимым исследованием, уточняющим характер, распространенность и топографо-анатомические взаимоотношения образований. Сиалография и сиалосцинтиграфия - методы, определяющие состояние протоков слюнных желез и их функцию.

## **ВЫЯВЛЕНИЕ НАРУШЕНИЙ РИТМА СЕРДЦА ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ПЛАНОВОЙ КОРОНАРОГРАФИИ**

**Фадеев А.А., Терегулов А.Ю., Фадеев В.А.**  
**Казанский государственный медицинский университет**  
**Научный руководитель – к.м.н., доц. Юсупова А.Ф.**

Целью данного исследования является выявление нарушения ритма при проведении планового исследования коронарографии.

В группу исследованных вошли 57 пациентов (43 мужчины и 14 женщин) в возрастной группе от 40 до 70 лет. С диагнозами: ишемическая болезнь сердца и различными формами стенокардии. До проведения коронарографии у 5 пациентов из общей группы зафиксированы нарушения ритма (фибрилляция предсердий, трепетания предсердий, экстрасистолия). Всем пациентам проводилась коронарография в плановом порядке с использованием контрастного вещества Ультравист 370 фирмы Байер в объеме 50 мл. Во время проведения коронарографии проводилась регистрация электрокардиограммы по 12 канальным отведениям.

Полученные результаты:

При проведении коронарографии у 25 пациентов (43%) при введении контрастного вещества в коронарное русло возникали нарушения ритма в виде одиночных, парных право- и левожелудочковых экстрасистол.

В группе с индуцированной аритмией 17 пациентов (68%) имели поражения коронарного русла различного уровня и степени, а у 8 пациентов (32%) гемодинамически значимых стенозов выявлено не было.

При проведении исследования у 12 пациентов изменений в коронарном русле не выявлено. У 10 пациентов обнаружены незначительные стенозы требующие динамического наблюдения и консервативного лечения и не требующие оперативных вмешательств. У 35 пациентов выявлена окклюзия одной, двух крупных коронарных артерий или значимые стенозы требующие дальнейшего кардиохирургического или рентгенхирургического вмешательства (аортокоронарное шунтирование, установка стента в клинко-зависимый сосуд).

Закключение: У 43% обследованных пациентов регистрировались нарушения ритма при селективном введении контрастного вещества в коронарную артерию.

Нарушения ритма сердца регистрировались как у пациентов с гемодинамически значимыми стенозами коронарных артерий, так и у пациентов без гемодинамически значимых стенозов, возможно это связано с влиянием рентгенконтрастного вещества на электрофизиологические свойства кардиомиоцитов.

## **ТРАНСЛЮМИНАЛЬНАЯ БАЛОННАЯ АНГИОПЛАСТИКА СО СТЕНТИРОВАНИЕМ КОРОНАРНЫХ АРТЕРИЙ ПРИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА И ЖЕЛУДОЧКОВЫХ НАРУШЕНИЙ РИТМА СЕРДЦА**

**Фадеев В.А., Терегулов А.Ю., Фадеев А.А.**  
**Казанский государственный медицинский университет**  
**Научный руководитель – д.м.н., проф. Ахметзянов Ф.Ш.**

Цель исследования: изучить результаты транслюминальной баллонной ангиопластики со стентированием коронарных артерий при ишемической болезни сердца и желудочковых нарушениях ритма сердца.

Материалы и методы: в исследование включены 107 человек, страдающих ишемической болезнью сердца и желудочковыми аритмиями, подвергшихся транслюминальной коронарной ангиопластике. Диагноз ишемическая болезнь сердца устанавливался на основании стандартных критериев.

Критерии включения: наличие гемодинамически значимого стеноза коронарных артерий, регистрация желудочковой аритмии на стандартной ЭКГ в 12 отведениях, успешно проведенная эндоваскулярная пластика коронарных артерий.

Полученные результаты: пациенты были разделены на две группы. Первая группа - пациенты, у которых зона ишемии миокарда совпадала с зоной очага желудочковой аритмии (72 пациента). Во второй группе зона ишемии миокарда не совпадала с зоной очага желудочковой аритмии (35 пациентов).

В первой группе после проведения коронарной ангиопластики со стентированием у 49 пациентов (68%) наблюдалось отсутствие или значительное снижение регистрации эпизодов желудочковой аритмии, а у 23 пациентов (32%) отмечается устойчивое сохранение желудочковых нарушений ритма сердца после ангиопластики.

Во второй группе после коронарной ангиопластики у 5 пациентов (14%) отмечается отсутствие или значительное снижение регистрации эпизодов желудочковой аритмии, а у 30 пациентов (86%) отмечается устойчивое сохранение желудочковых нарушений ритма сердца после ангиопластики.

Выводы: при доказанном ишемическом генезе желудочковых аритмий, восстановление проходимости коронарного русла, в большинстве случаев, приводит к полному исчезновению или значительному снижению желудочковых аритмий.

Значительный процент (32%) сохранения желудочковых нарушений ритма при реваскуляризации возможно связан с формированием постоянного субстрата аритмии.

# МЕДИЦИНСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ И ПСИХИАТРИЯ

## ИССЛЕДОВАНИЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ПОРТРЕТА ЖЕНЩИНЫ, СТРАДАЮЩЕЙ БЕСПЛОДИЕМ

**Приходько К.А.**

**Омская государственная медицинская академия**

**Научный руководитель – к.п.н., доц. Ражина Н.Ю.**

«Материнство - это великая радость, и великое познание жизни». Однако реалии современности говорят о том, что многие женщины по-иному относятся к рождению ребенка, что связано с изменением социального статуса и возрастанием роли прекрасной половины человечества в обществе. В этой связи стремление женщины забеременеть не всегда мотивировано ее собственным желанием, оно может быть обусловлено общественными стереотипами или давлением родственников.

Цель исследования заключается в определении личностных особенностей современной женщины, имеющей бесплодие.

Методы исследования:

Тесты: Г. Айзенка на определение типа темперамента; Л.Н. Ротинной - определение эмоционального состояния; Л.И. Вассермана – на определение уровня невротизации; К. Леонгарда - Н. Шмишека – на определение акцентуаций характера.

Для определения типичных психологических черт, свойственных женщинам, которые не могут иметь детей, нами были исследованы 45 бесплодных женщин, находящихся на лечении в женской консультации Родильного дома № 1.

Нами было выявлено, что современная бесплодная женщина в большинстве случаев имеет сангвинический тип темперамента (35,6% исследуемых), средний уровень невротизации (55,6%), эмотивность характера (31,75%), а преобладающими эмоциями этих женщин являются интерес (1,51 б.) и радость (1,84 б.).

В результате нашего исследования были получены данные, в некоторой степени противоречащие ранее проведенным исследованиям, что обозначило тенденцию, заключающуюся в изменении личностных особенностей современной бесплодной женщины. Теперь это не всегда несчастная, невротичная, неуверенная в себе женщина, она может быть жизнерадостной и сильной личностью. Результаты нашей работы можно объяснить тем, что, во-первых, все исследованные нами женщины ожидают очереди на ЭКО, с чем, может быть, связан их эмоциональный подъем. Во-вторых, испытуемые посещают групповые психологические консультации, что позволяет им не только корректировать свою картину мира, но и общаться с женщинами, имеющими подобные проблемы и таким образом получать эмоциональную поддержку.

## ИССЛЕДОВАНИЕ ЭМОЦИОНАЛЬНОЙ СФЕРЫ МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР

**Хакимянова А.А.**

**Казанский государственный медицинский университет**

**Научный руководитель – к.п.н., доц. Рябова Т.В.**

Целью данного исследования являлось изучение особенностей эмоционального выгорания у медицинских сестер. В их профессиональной деятельности отмечается большое количество как физиологических, так и психологических факторов, вызывающих стрессы. П. Сифнеос (1973) предложил термин «алекситимия», означающий эмоциональную некомпетентность личности. Она проявляется в снижении способности чувствовать, замечать, называть собственные эмоциональные состояния и эмоции других людей, а также неумении обращаться с эмоциями. Чаще всего алекситимия является результатом длительного стресса. Также алекситимия может возникнуть как защитный механизм, позволяющий человеку не сталкиваться с негативными переживаниями (которых в работе медицинской сестры достаточно много).

Методом исследования алекситимии является торонтская шкала (TAS), разработанная G. Taylor в 1985 году. В ходе исследования нами было опрошено 30 человек – медицинских сестер, обучающихся на заочном факультете высшего сестринского образования КГМУ (27,8±3,1).

Анализ полученных результатов позволил сделать следующие выводы. Так как алекситимия является основным механизмом формирования и развития любого психосоматического нарушения, то мы рассматривали, насколько испытуемые склонны к ним. У 19% испытуемых женщин средние значения уровня алекситимии в пределах нормы, свойственной здоровым лицам (ниже 59 баллов). У 44 % испытуемых имеется склонность к неврозам (выше 60 баллов). 25 % по результатам теста, имеют невротические проявления. У 12 % женщин имеются психосоматические заболевания (средние значения выше 72 баллов).

Таким образом, медицинским сестрам следует усиливать собственную эмоциональную компетентность, обратить внимание на взаимосвязь психического и соматического здоровья.

## ВЗАИМОСВЯЗЬ МОТИВАЦИИ И САМООЦЕНКИ У СТУДЕНТОВ

**Никонова В.И.**

**Казанский государственный медицинский университет**

**Научный руководитель – к.п.н., доц. Рябова Т.В.**

Актуальным направлением в современной психологии является исследование мотивации деятельности людей. Мотив - это то, что отражаясь в сознании человека, побуждает его к деятельности, направляя ее на удовлетворение определенной потребности. Источником побудительной силы выступают потребности.

Целью работы было определение мотивации студентов и ее взаимосвязь с самооценкой личности студентов. Были использованы методики «Тест на мотивацию к успеху Т. Элерса» и методика самооценки Н. Пейсахова. Исследовались 44 студента факультета социальной работы (средний возраст 21±2,4).

Были получены следующие результаты. У 48% студентов мотивация на успех имеет средние значения (от 11 до 16 баллов). То есть студенты выбирают средства и предпочитают действия, направленные на достижение цели. Для них характерна мобилизация всех ресурсов и сосредоточенность внимания на достижении успешного результата. У 39% студентов мотивация на успех ниже средних значений нормы и у 13% низкая мотивация к успеху. Такие студенты проявляют неуверенность в себе, не верят в возможность добиться успеха, боятся критики. Они не испытывают удовольствия от учебы, она вызывает отрицательные эмоции.

После выполнения теста самооценки выявлено, что средние значения самооценки имеют показатели в пределах нормальных значений, что свидетельствует об адекватной самооценке. Далее нами были проведены статистические расчеты.

Найденный коэффициент корреляции ( $r = 0,251$  при  $p < 0,01$ ) не показал статистически достоверных связей между мотивом достижения успеха и самооценкой у студентов.

Таким образом, реалистичная, адекватная самооценка студентов приводит к адекватному уровню притязаний, то есть они выбирают такой уровень трудности задания, который смогут достигнуть. В случае удачно выполненных действий у студентов возникает самоуважение, в случае неудачи – отрицательное отношение к себе и снижение уровня притязаний.

### **ТРЕВОЖНЫЕ И ДЕПРЕССИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА У СТУДЕНТОВ БАШКИРСКОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА**

**Аббаров Р.А.**

**Башкирский государственный медицинский университет  
Научный руководитель – д.м.н., проф. Юлдашев В.Л.**

Получение образования в университете относится к специфическому виду деятельности, связанному с высоким уровнем психических и физических нагрузок. Тревно-депрессивные расстройства в молодом возрасте ведут к значительной социальной дезадаптации.

Цель: изучить распространённость тревожно-депрессивных расстройств у студентов 1-6 курсов БГМУ.

Методы исследования. В исследовании приняли участие 150 студентов женского пола 1-6 курсов. Была использована Госпитальная Шкала Тревоги и Депрессии, являющаяся инструментом для выявления и оценки тяжести депрессии и тревоги. Статистическая обработка результатов была проведена с использованием современных программ математического анализа: Microsoft Excel 2010 и Statistica 6.0.

Полученные результаты. Средний балл по подшкале тревога Госпитальной шкалы тревоги и депрессии у студентов 1-2 курсов составил  $10,29 \pm 1,75$ ; у студентов 3-4 курсов -  $9,82 \pm 1,79$ ; у студентов 5-6 курсов –  $6,69 \pm 2,13$ . При этом у студентов 1-2 и 3-4 курсов БГМУ, по сравнению со студентами 5-6 курсов, достоверно чаще наблюдается клинически выраженная тревога ( $p < 0,05$ ), а у студентов 5-6 курсов – отсутствие тревожных расстройств ( $p < 0,05$ ); наблюдается статистически значимая отрицательная корреляция между количеством баллов по подшкале тревога и курсом обучения студентов БГМУ ( $r = -0,4$ ,  $p < 0,001$ ).

Средний балл по подшкале депрессия Госпитальной шкалы тревоги и депрессии у студентов 1-2 курсов составил  $6,92 \pm 2,69$ ; у студентов 3-4 курсов -  $5,47 \pm 1,51$ ; у студентов 5-6 курсов –  $5,11 \pm 1,78$ . Распространённость депрессивных расстройств среди студентов БГМУ не зависит от курса их обучения.

Вывод. Таким образом, тревожные расстройства достаточно широко распространены среди студентов, особенно среди студентов младших курсов, что, возможно, связано с традиционно сложными в усвоении теоретическими предметами, неумением студентов снимать проявления стресса. Депрессивные расстройства характеризуются меньшей распространённостью, не зависящей от курса обучения. Полученные данные свидетельствуют о необходимости разработки научно-обоснованной системы профилактических мероприятий тревожно-депрессивных расстройств.

### **КОГНИТИВНЫЕ НАРУШЕНИЯ ПРИ ШИЗОФРЕНИИ**

**Полякова К.Е.**

**Казанский государственный медицинский университет  
Научный руководитель – д.м.н., проф. Яхин К.К.**

Шизофрения нарушает мышление, поведение и эмоциональную сферу, сопровождается диссоциацией психических процессов и изменениями личности, наносит серьёзный ущерб личности на этапах социального и профессионального развития.

Проблема нарушения когнитивных функций у больных шизофренией в последние годы стала особо актуальной. Когнитивный дефицит считается самостоятельным, ведущим расстройством при оценке социального и терапевтического прогноза больных шизофренией, а степень нарушения когнитивных функций является предиктором потенциала для социальной реабилитации больного. Познавательные нарушения формируют уровень социальной адаптации пациентов, определяют качество их жизни.

Результаты нейропсихологических тестов не отличаются в зависимости от возраста больных и длительности течения заболевания, то есть когнитивный дефицит-фундаментальный симптомокомплекс шизофрении, на котором формируются все остальные симптомы.

Нейрокогнитивными методами показано: снижение интеллекта присутствует у первичных пациентов, не являясь результатом психоза, хронизации заболевания или влияния медикаментов. К тому же, когнитивное снижение предшествует развитию психотических проявлений.

Кроме общего интеллектуального снижения при шизофрении обнаружено снижение отдельных познавательных процессов: нарушения внимания, памяти, восприятия, скорости осмысления информации, исполнительских функций, контекстуального и концептуального компонентов мышления, социальной агнозии и социальной апраксии, социальной перцепции, Осознания идентичности, преемственности во времени, субъективной принадлежности.

Длительное лечение традиционными антипсихотическими препаратами (галоперидол) может вносить дополнительные изменения в структуру мозга: их склонность к развитию побочных явлений, таких как экстрапирамидные симптомы, может еще более ухудшить когнитивную функцию. При этом пациенты, принимающие атипичные антипсихотические средства (сероквель), показывают лучшие результаты в некоторых тестах на нейрокогнитивную состоятельность.

Своевременная диагностика уровней и специфики нейрокогнитивного дефицита помогает прогнозировать его последствия. Таким образом, коррекция нейрокогнитивных нарушений является важной частью терапии при шизофрении.

### **ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ТИПЫ ЛИЧНОСТИ И КОПИНГ-СТРАТЕГИИ У МЛАДШИХ ШКОЛЬНИКОВ**

**Зарипова М.А.**

**Казанский государственный медицинский университет  
Научный руководитель – д.м.н., проф. Шайдукова Л.К.**

Изучение копинг-стратегий является одним из актуальных направлений современной психологии. Их корреляция с типом личности является важным фактором гармоничной адаптации в микросоциуме. Новизна исследования заключается в изучении этих параметров у детей младшего возраста.

Цель: установить влияние психологических типов на копинг-стратегии.

Методы исследования: библиографический (анализ литературных источников), экспериментально-психологический (адаптированный вариант детского личностного опросника Р.Кеттелла, опросник копинг-стратегий школьного возраста, адаптированного Н.А.Сиротой и В.М.Ялтонским), статистический (обработка данных).

Материал: 50 учащихся от 8 до 10 лет (30 мальчиков, 20 девочек).

Результат: выявлено, что 46% детей относятся к чувствительному типу личности. Характерными особенностями этого типа являются повышенная ранимость и трудность адаптации. Тревожный тип отмечен у 42% детей. У 20% выявлены инфантильный тип личности с задержкой интеллектуального развития. Наряду с негативными характеристиками у 24% обследованных наблюдаются сдержанность, открытость, доброжелательность. Гармоничный тип составил 10%.

По данным И.М.Никольской и Р.М.Грановской: у детей гармоничного типа в норме выступает стратегия «стараюсь расслабиться, оставаться спокойным», чувствительными детьми эффективно используются копинг-стратегии «прошу прощения, говорю правду». В трудных для себя ситуациях тревожные школьники чаще других стратегий используют две: «обнимаю, прижимаю, глажу» и «рисую, пишу, читаю». У детей с инфантильным типом личности наблюдаются стратегии «смотрю телевизор», «думаю об этом», «говорю сам с собой», а также «гуляю вокруг дома», «раздражаюсь и кричу».

Были выявлены следующие варианты взаимоотношений между типом личности и копинг-стратегией:

1) конгруэнтный вариант – соответствие типа личности и выбранной стратегии -54%;

2) дискордантный вариант – несоответствие типа личности и стратегии -22%

3) перемежающийся вариант – сочетание 1 и 2 вариантов – 26%.

Прогностически неблагоприятными являются 2 и 3 варианты, которые составляют 22 и 26% и требуют индивидуальной психокоррекции.

## **ИССЛЕДОВАНИЕ ОСОБЕННОСТЕЙ САМООЦЕНКИ ЛИЧНОСТИ У СТУДЕНТОВ**

**Пучкина Л.Д.**

**Казанский государственный медицинский университет**

**Научный руководитель – к.п.н., доц. Рябова Т.В.**

Целью нашего исследования являлось исследование составляющих «Я» - концепции современных студентов. Система представлений человека о самом себе, осознаваемая часть личности называется «Я» – концепция. Важными составляющими «Я – концепции» личности являются понятия «самооценка», «самоотношение», «самоуважение» и др. Самооценка – это представление человека о важности своей личной деятельности в обществе и оценивание себя и собственных качеств и чувств, достоинств и недостатков, выражение их открыто или закрыто. Функции самооценки различны, например регуляторная, на основе которой происходит решение задач личностного выбора; защитная, обеспечивающая относительную стабильность и независимость личности, развития и саморазвития и др.

Методы исследования личности отличаются большим разнообразием. Исследование самооценки студентов проводилось с помощью методики, разработанной Н. Пейсаховым. Нами было опрошено 22 студента факультета социальной работы (средний возраст 19±1,1).

Полученные результаты позволяют утверждать, что у студентов отмечаются показатели самооценки в области общения и самооценка волевых и эмоциональных качеств в пределах нормальных значений (средние показатели по 71%). Ниже всего студенты оценивают свои качества, связанные с учебой (средние показатели самооценки своих профессионально – важных качеств 56%). То есть они считают себя недостаточно трудолюбивыми, дисциплинированными и т.д. Таким образом, так как самооценка является толчком к развитию личности, студентам следует развивать свои качества в области учебы и их самооценка в этой области повысится.

## **ГЕНДЕРНЫЕ СТЕРЕОТИПЫ ФЕМИННОСТИ И МАСКУЛИННОСТИ**

**Баранова А.Н.**

**Казанский государственный медицинский университет**

**Научный руководитель – к.псх.н., доц. Рябова Т.В.**

Многие гендерные стереотипы устойчиво обосновались в нашем обществе. Их существование пока еще является неотъемлемой частью общественного сознания россиян и соответствующего их поведения. К счастью, наука не стоит на месте и в настоящее время существует немало способов, которые позволяют эмпирическим путем доказать несостоятельность некоторых стереотипов.

Цель исследования – эмпирическое обоснование несостоятельности некоторых гендерных стереотипов.

Объект исследования – мужчины (30 человек) и женщины (30 человек) в возрасте от 20 до 27 лет.

Анализируя результаты, полученные в ходе исследования гендерных качеств с помощью поло-ролевого опросника Сандры Бем можно сделать вывод о том, что принадлежность к мужскому или женскому полу не является гарантией наличия исключительно маскулинных или феминных качеств. Более того, как показало исследование, 70% человек обоих полов среди 60 опрошенных являются носителями андрогинных качеств, т.е. сочетают в себе как мужские, так и женские качества.

Таким образом, качества, которые приписываются индивидам мужского или женского пола являются универсальными качествами личности, которые сложились с течением жизни в определенной среде под влиянием определенных факторов, включая воспитание и взаимоотношения с людьми и окружающей средой.

С целью ещё больше конкретизации, было рассмотрено такое качество личности, как «агрессивность». Данную характеристику обычно приписывают мужчинам. Уровень агрессивности был исследован с помощью психологического тестового опросника Басса-Дарки. На основе полученных результатов можно сделать вывод о том, что конкретно взятое качество, в данном случае «агрессивность» может почти в равной степени преобладать как у личности женского пола, так и у личности мужского пола. Полученные результаты в обеих половых группах вписываются в границы нормы.

На основе полученных результатов можно сделать следующие выводы:

1. Вне зависимости от пола индивид может обладать как мужскими, так и женскими характеристиками в различной степени выраженности;

2. Принадлежность к мужскому или женскому полу не влияет на уровень агрессивности личности.

## **СООТНОШЕНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПСИХИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ В РИСУНКАХ И КЛИНИЧЕСКОЙ РЕАЛЬНОСТИ**

**Чибирева М.Д.**

**Казанский государственный медицинский университет  
Научный руководитель – д.м.н., проф. Шайдукова Л.К.**

Проблема диагностики психических нарушений является достаточно актуальной в силу расширения диапазона психических расстройств и размытости ряда клинических симптомов. Дополнительным методом к клинко-психопатологическому является экспериментально-психологический в виде тестирования, в том числе с использованием рисуночных тестов.

Цель настоящего исследования: изучение особенностей рисуночных изображений и соотнесение их с выявленными психическими нарушениями.

Методы исследования: прогностическая рисуночная методика Б.Е. Егорова, рисуночная методика И. К. Чобану, госпитальная шкала тревоги и депрессии HADS.

Материалы исследования: Основная группа – 16 человек с аффективными расстройствами депрессивного круга, контрольная группа – 10 человек без психических нарушений.

База исследования: ГБУ РМЭ «РПНД», МЧ ФКУ «ИК №97» УФСИН РФ по РМЭ, ГБОУ ВПО «Казанский ГМУ» Минздрава России.

Результат: Согласно критериям подшкалы «тревога» результат в диапазоне «11 баллов и выше» имеет 50% лиц основной группы, что соответствует клинически выраженной тревоге. Результат в диапазоне «8-10 баллов» имеет 19% лиц основной группы и 40% лиц контрольной группы, что соответствует субклинически выраженной тревоге. Содержание рисуночного теста Б. Е. Егорова конгруэнтно результатам госпитальной шкалы HADS. У лиц с выявленной тревогой на рисунке можно увидеть ее признаки: нечеткие или жирные линии с нажимом, затемнение фигуры, стирания. Результат в диапазоне «0-7 баллов» имеет 31% лиц основной группы и 60% лиц контрольной группы, что соответствует норме.

Согласно критериям подшкалы «депрессия» результат в диапазоне «11 баллов и выше» имеет 25% лиц основной группы, что соответствует клинически выраженной депрессии. Результат в диапазоне «8-10 баллов» имеет 19% лиц основной группы и 30% лиц контрольной группы, что соответствует субклинически выраженной депрессии. Содержание рисуночного теста И.К. Чобану (прошлое – настоящее – будущее) коррелирует с результатами госпитальной шкалы HADS. Согласно методике символами депрессии в рисунках настоящего являются «болезнь», «решетка», «парус»; будущего – «дорога», «больница», «паук», «старик». Результат в диапазоне «0-7 баллов» имеет 56% лиц основной группы и 70% лиц контрольной группы, что соответствует норме. Символы рисуночного теста совпадают.

## **АНТИЦИПАЦИОННАЯ СОСТОЯТЕЛЬНОСТЬ В СИСТЕМЕ СТАБИЛИЗАЦИИ ЛИЧНОСТИ МАТЕРЕЙ, ИМЕЮЩИХ ДЕТЕЙ С ХРОНИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ**

**Боровкова Е.Ю.**

**Казанский государственный медицинский университет  
Научный руководитель – д.м.н., проф. Менделевич В.Д.**

По современным статистическим данным отмечается рост рождаемости детей с нарушениями психофизического развития, увеличивается показатель заболеваемости детей, приводящий к инвалидизации или хронической патологии. Готовность семьи принять появившееся заболевание недостаточно высока для создания благоприятных реабилитационных условий для ребенка.

В связи с этим целью исследования являлось выявление взаимосвязей между антиципационной состоятельностью, совладающим поведением и особенностями личности матерей, имеющих детей с хроническими заболеваниями.

В качестве методов исследования были использованы тест антиципационной состоятельности В.Д.Менделевича; опросник способов совладания Лазаруса-Фолькмана; СМОЛ (сокращенный многофакторный опросник для исследования личности); методика диагностики типологий психологической защиты Р.Плутчика. Выборку исследования составили 60 матерей, имеющих детей с хроническими заболеваниями.

Полученные результаты. Депрессивность, паранойяльность и шизоидность отрицательно сказываются на антиципационных способностях личности. Прогностическая компетентность снижается под влиянием психопатических и истерических черт.

На прогностических способностях негативно сказываются бессознательные защитные механизмы регрессии, вытеснения и замещения. Адаптация происходит по деструктивному сценарию за счет искажения действительности и избегания реальной проблемы.

В ситуации хронического заболевания ребенка прогностически компетентные матери справляются с обстоятельствами путем планирования решения проблем. Антиципационная несостоятельность увеличивает вероятность дистанцированного и избегающего поведения.

Прогностическая компетентность матерей, имеющих ребенка с хроническим заболеванием, в меньшей степени связана с индивидуально-психологическими особенностями личности и в большей степени – с системой бессознательных психологических защит.

Вывод. Матери, имеющие детей с хроническими заболеваниями, обладают более сложным механизмом системы стабилизации личности: доминирующим параметром становится копинг-поведение, характер которого зависит от уровня развития антиципационных способностей и преобладания конкретных личностных черт.

## **КАЧЕСТВЕННАЯ ЖИЗНЬ БЕЗ ВРЕДНЫХ ПРИВЫЧЕК: ИТОГИ РАБОТЫ КАБИНЕТА ПРОФИЛАКТИКИ ЗАВИСИМОСТЕЙ УГМУ**

**Мостовых А.А., Капорейко Ю.В., Хакимова С.А.  
Уральская государственная медицинская академия  
Научный руководитель – д.м.н., асс. Богданов С.И.**

Актуальность. Современные ученые отмечают негативную тенденцию роста распространенности вредных привычек в молодежной среде [1,54; 4,37]. Табачная зависимость, алкоголизм и наркомания сопровождаются широким спектром серьезных медико-социальных последствий [2,18]; В этой связи, необходимо предпринимать экстренные меры по выявлению потребления

наркотических средств в группах учащейся и студенческой молодежи (Указ Президента Российской Федерации № 690 от 9 июня 2010 года «Об утверждении Стратегии государственной антинаркотической политики Российской Федерации до 2020 года»). В настоящее время с профилактической целью проводят тестирование на выявление потребления алкоголя, наркотиков и табакокурения у студентов [3,90].

Кабинет профилактики табакокурения, наркомании и других видов зависимостей ГБОУ ВПО УГМУ Минздрава России (в дальнейшем – Кабинет профилактики) был открыт на основании Приказ ректора ГБОУ ВПО УГМА № 570-р от 01.12.2011 г. «О проведении тестирования на употребление наркотических и иных психотропных препаратов студентов, обучающихся в УГМУ» 3 мая 2012 г. по адресу: ул. Токарей, 31, 1 этаж.

Цель создания и деятельности кабинета профилактики зависимостей – используя потенциал студентов, профессорско-преподавательского состава, разработанные на кафедрах УГМУ аппаратные методики диагностики зависимостей проводить комплекс диагностических и профилактических мероприятий, способствующих снижению уровня курения среди студентов, профилактики распространения потребления алкоголя, наркотических и других психоактивных веществ, а также различных видов нехимических зависимостей.

## **АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ У ЖЕНЩИН ИЗ ЕКАТЕРИНБУРГА, УПОТРЕБЛЯЮЩИХ НАРКОТИКИ**

**Капорейко Ю.В., Мостовых А.А., Винс Л.В.**  
**Уральская государственная медицинская академия**  
**Научный руководитель – д.м.н., асс. Богданов С.И.**

Резюме. Обследовано 103 женщины, активных потребителей наркотических средств, проживающих в г. Екатеринбурге. У большинства выявлен высокий уровень серьезных проблем в половом развитии, сексуальной жизни и репродуктивной функции.

Ключевые слова: женщины, активные потребители наркотиков, акушерско-гинекологический анамнез.

Summary

103 women, active consumers of the drugs living in Yekaterinburg are surveyed. At the majority high level of serious problems in sexual development, sexual life and reproductive function is revealed.

Key words: women, active consumers of drugs, obstetric and gynecologic anamnesis.

Актуальность исследования.

В связи с увеличением распространенности наркомании в общей популяции, отмечается и рост числа женщин, употребляющих наркотики [1, 8, 15]. Развитие наркомании в данной половой группе имеет специфические особенности, которые в частности затрагивают сексуальную сферу [12, 13]. Так по данным отечественных исследований половая холодность I и II степени отмечалась у 23% женщин-наркоманок (против 16% женщин из контрольной группы); а половая холодность III и IV степени у 42 % (против 2 % в контрольной группе) [11]. Наркотические средства неблагоприятно влияют на репродуктивную систему [4]. У женщин, употребляющих наркотические средства, как правило, снижаются детородные функции, диагноз «бесплодие» ставят каждой второй из них [9, 14]. Наркотики оказывают свое разрушительное влияние на здоровье беременной женщины, исход беременности и развитие плода. В современных мегаполисах 2-3% детей рождаются от матерей-наркоманок. Согласно государственной статистике, 70% новорожденных, матери которых страдают наркоманией, умирают в первые месяцы жизни [3, 10].

Цель исследования. Анализ данных акушерско-гинекологического анамнеза у женщин, активных потребителей наркотиков из г. Екатеринбурга.

## **СИНДРОМ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ У ВРАЧЕЙ**

**Симонова Е.Н., Хузина Г.Р.**  
**Казанский государственный медицинский университет**  
**Научный руководитель – к.м.н., асс. Орлов Г.В.**

Целью нашего исследования стало определение наличия синдрома психоэмоционального выгорания у врачей, изучение степени выраженности «профессионального выгорания» у врачей от влияния различных социальных и психологических факторов.

Выбранными методами обследования стали: тест Люшера, измерение пульса и АД, методика самооценки уровня тревожности Спилберга-Ханина, методика диагностики уровня эмоционального выгорания В. В. Бойко.

Исследование проводилось на базе 7 ГКБ города Казань. В исследовании приняло участие 20 человек в возрасте от 25 до 55 лет (7 травматологов-ортопедов, 6 нейрохирургов, 7 общих хирургов). У 40% специалистов уровень тревожности определяется как высокий, у 45%-средняя тревожность, лишь у 5% уровень тревожности низкий. По методике В. В. Бойко у 55% опрошенных выявлен складывающийся симптом выгорания, у 10% сложившийся симптом. У специалиста, с синдромом «эмоционального выгорания», обнаруживаются различные симптомы физического дискомфорта, головные боли, снижение аппетита.

Нарушения могут затрагивать различные стороны личности - профессиональную деятельность, личность специалиста, профессиональное общение.

Таким образом профессиональная деятельность с одной стороны, способствует личностному развитию работника, с другой может оказывать разрушающее воздействие на него. Одним из негативных последствий трудовой деятельности является синдром профессионального выгорания. У большинства специалистов выявлены предпосылки к развитию симптома психоэмоционального выгорания, у части выявлен уже сформированный синдром.

## **ОСОБЕННОСТИ КОПИНГ-ПОВЕДЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ**

**Багаутдинов А.Р., Сапронова Т.С.**  
**Казанский государственный медицинский университет**  
**Научный руководитель – к.м.н., асс. Орлов Г.В.**

Социальное восстановление больных шизофренией определяется не только клиническими особенностями заболевания, но и личностными особенностями больных и имеющимися в их распоряжении социально-психологическими ресурсами. В связи с этим большое значение придается характеристике адаптивного поведения пациентов, включающего в себя механизмы психологической защиты и копинг-механизмы.

Целью работы является изучение в рамках адаптационной психологической системы копинг-поведения больных шизофренией и его влияния на социальную адаптацию пациентов.

Задачи работы: изучение копинг-стратегий (в поведенческой, когнитивной и эмоциональной сферах), характерных для больных шизофренией и анализ комплексного взаимодействия внутренних копинг-ресурсов, механизмов психологической защиты и копинг-поведения больных шизофренией, в целом характеризующих стили адаптивного поведения пациентов.

В ходе исследования были обследованы больные шизофренией отделений первичного и вторичного психотического эпизода. Методы исследования включали использование клинко-психопатологического метода, валидизированного варианта опросника «Контрольный перечень способов копинга» – тест Лауренса и цветовой тест Люшера.

Во всех случаях, больные шизофренией, делают выбор сразу нескольких стратегий копинг-поведения. Полученные результаты показали, что 76,2% склонны к выбору стратегии поиска социальной поддержки и 71,4% предпочитают выбор стратегии бегство – избегание. 52,4% делают выбор стратегии планирования решения проблемы, а 47,6% больных – стратегии самоконтроль и положительная переоценка. 4,8% больных категорически избегают стратегию принятия ответственности. Другие виды стратегий встречаются в примерно равной доле случаев и составляют 23,8 – 28,6% от общего числа исследуемых.

Формирование адаптивных стратегий поведения в стрессовых ситуациях может способствовать разработки методик повышения качества жизни больных шизофренией.

## **MAGNETIC RESONANCE IMAGING (MRI) OF SEXUAL INTERCOURSE: SECOND EXPERIENCE IN MISSIONARY POSITION AND INITIAL EXPERIENCE IN POSTERIOR POSITION**

**Sharifah-Nafeesa S.N.**

**Казанский государственный медицинский университет  
Научный руководитель – д.м.н., проф. Байкеев Р.Ф., к.м.н., Дубивко**

Present work is related to the sexology. Location of the sensitive zone is important for the fully physiological is an important point of medical consideration. Our objective was to confirm that it is feasible to take image of the male and female genitals during coitus. Magnetic resonance imaging, which was used to study the anatomy of the male and female genital during coitus, has been analyzed. Three experiments were performed with one couple in two positions and after male ejaculation. The images obtained confirmed that during intercourse in the missionary position, the penis reaches the anterior fornix with preferential contact of the anterior vaginal wall. The posterior bladder wall was pushed forward and upward and the uterus was pushed upward and backward. The images obtained from the rear entry-position showed for the first time that the penis seems to reach the posterior fornix with preferential contact of the posterior vaginal wall. In this position, the bladder and uterus were pushed forward. A different preferential contact of the penis with the female genitals was observed with each position. These images could contribute to a better understanding of the anatomy of sexual intercourse.

## **ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПРИ СУИЦИДАЛЬНОМ ПОВЕДЕНИИ**

**Стегунова Н.А., Сагдиев А.И.**

**Казанский государственный медицинский университет  
Научный руководитель – к.м.н., асс. Орлов Г.В.**

Самоубийство является серьезной проблемой общественного здоровья. Достаточно отметить, что ежегодно на земном шаре совершается около 1 млн. самоубийств, а у мужчин в возрасте 25-45 лет самоубийство выходит на приоритетные позиции среди всех причин смерти. Часто суицид рассматривают как осложнение тех или иных психотических расстройств и заболеваний, например, депрессии или шизофрении. Однако многие авторы считают, что суицидальный акт также может сочетаться с множеством психических расстройств, темпераментов и психических состояний.

Цель исследования - выявление и анализ психологических особенностей при суицидальном поведении.

Материалы и методы исследования: выявления психологических нарушений у больных РКПБ МЗ РТ им В.М. Бехтерева с незавершенной суицидальной попыткой клинко-психопатологическим методом, с помощью тестов: тест Люшера, тест суицидальной мотивации по Вагину, а также анкетирование. Вопросы анкеты включали в себя изучение наследственного фактора, социальной адаптации, отношение к религии, отношение к своей попытке суицида, а также обращаемость к психологу или психиатру.

По результатам проведенного исследования нами было изучено 20 больных, имеющих в анамнезе суицидальные попытки, из них: 62% больные шизофренией, 30% больных биполярным аффективным расстройством и 8% органическими расстройствами. Возраст больных от 18 до 58 лет, среди которых: работающих 38%, учащихся - 31% и не работающих - 31%. Фактор наследования установлен в 46% случаев. Обращаемость к психологу или психиатру среди респондентов составила 54%. У больных с суицидальной попыткой выделились основные мотивационные аспекты суицидального поведения такие, как анимическая мотивация (потеря смысла жизни) - 53%, анестетическая мотивация (невыносимость страдания) - 33%, инструментальная мотивация (манипуляция другими) - 7% и аутопунитическая мотивация (самоубийство) - 7%.

Изучение особенностей психологического портрета личности с суицидальным поведением позволит разрабатывать методики прогнозирования профилактики суицида среди населения.

## **МИКРОБИОЛОГИЯ**

### **ИЗУЧЕНИЕ ВНУТРИБОЛЬНИЧНОГО ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО НАГНОЕНИЯ РАНЫ, ВЫЗВАННОГО СИНЕГНОЙНОЙ ПАЛОЧКОЙ**

**Кириллова М.В.**

**Казанский государственный медицинский университет  
Научный руководитель – д.м.н., проф. Мусина Л.Т.**

Внутрибольничные инфекции (ВБИ) - важнейшая проблема здравоохранения во всем мире. В России ее переносят ежегодно 40-60 тыс. человек. Предполагается, что реальная частота ВБИ значительно выше.

Цель: определить этиологический фактор послеоперационного нагноения раны

Мною было проведено эпидемиологическое и микробиологическое исследование случая нагноения раны после лапаротомии и сигмостомии у больного С., 63-х лет, поступившего в приемное отделение стационара города Х. На день осмотра отмечались все признаки воспаления, гнойные массы с характерным сине-зеленым пигментом. Материал на бактериологическое исследование раневого отделяемого и смывы из операционной и гнойной перевязочной были посеяны на питательные среды: 5% кровяной (КА), уриселект, Эндо, ЖСА. Через сутки инкубации на 5% КА выявили рост однотипных серых, влажных, крупных колоний в S-форме, с большой зоной гемолиза. При открытии чашки с посевом ощущался выраженный земляничный запах. Степень обсеменения составила 10<sup>8</sup> КОЕ/мл. На Эндо – лактозонегативные, влажные, крупные колонии. На уриселект – рост желтовато-серых, влажных колоний. На ЖСА роста не было. Биохимическая идентификация и определение чувствительности выделенной культуры проводились с помощью автоматического бактериологического анализатора WalkAway, панель NBPC 44. В результате из гнойного отделяемого и смывов из окружающей среды был выделен *Pseudomonas aeruginosa*, биотип 42063736. Выделенная культура отличалась устойчивостью к восьми антибиотикам. Таким образом, совпали вид и биотип микроорганизма, что свидетельствует о внутрибольничной инфекции, вызванной *P. aeruginosa*. По результатам проведенного эпидемиологического расследования была проведена внеочередная генеральная уборка в хирургическом отделении, с последующим взятием смывов на условно-патогенную микрофлору. Повторные исследования дали отрицательные результаты.

## **ИММУНОГИСТОХИМИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ КОЖИ БОЛЬНЫХ ДИАБЕТОМ**

**Горшунова Г.Н.**

**Казанский государственный медицинский университет  
Научный руководитель – д.м.н., проф. Валиуллин В.В.**

До настоящего времени не достаточно исследованы многие аспекты функционирования кожи как органа при диабетических ангиопатиях.

Целью нашего исследования явилось иммуногистохимическое изучение состояния базальной мембраны сосудов в коже ампутированной нижней конечности больных сахарным диабетом, а также определение морфофункционального состояния клеток эпидермиса в условиях нарушенной трофики.

Материалы и методы исследования. Объектом исследования служил операционный материал кожи больных диабетической гангреной от 8 пациентов (средний возраст 72,5 года). В качестве контроля использовали образцы кожи, полученные от 6 практически здоровых (пациенты травматологического отделения) мужчин и женщин (средний возраст 68 лет). Иммуногистохимические исследования проводили с использованием антител к коллагену IV типа (Sanbio), моноклональных антител к цитокератинам 1 и 10 (Novocastra).

Результаты: Использование антител к коллагену IV типа для исследования кожи ампутированной конечности показало, что в образцах кожи зоны ампутации толщина стенок сосудов кожи составляет  $6,4 \pm 0,2$  мкм ( $n=8$ ,  $p<0,005$ ); в образцах кожи с пораженной гангреной области толщина сосудов составляет  $6,2 \pm 0,2$  мкм ( $n=8$ ,  $p<0,005$ ); толщина стенок сосудов в образцах ткани кожи здоровых людей составила  $5,1 \pm 0,2$  мкм ( $n=6$ ,  $p<0,005$ ).

В условиях диабетической ангиопатии нарушаются процессы дифференцировки различных клеток кожи. Экспрессия антител к маркерам терминальной дифференцировки кератиноцитов в коже здорового выражена во всех супрабазальных слоях эпидермиса, в то время как в коже больных сахарным диабетом наблюдается негативная иммуногистохимическая реакция не только в базальном слое кератиноцитов, но и в вышележащих слоях эпидермиса. Возможно, это связано с нарушением трофики.

Вывод: Таким образом, результаты нашего исследования показали, что в условиях диабетической ангиопатии в коже происходят разнообразные изменения, свидетельствующие о нарушениях в процессах дифференцировки, при этом нарушения затрагивают как эпидермис, дерму, так и сосуды кожи, что сопровождается угнетением процессов регенерации.

## **СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ВЫДЕЛЕНИЯ ВОЗБУДИТЕЛЯ ТУБЕРКУЛЕЗА И ОПРЕДЕЛЕНИЕ ЛЕКАРСТВЕННОЙ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ**

**Хамадеева Г.Ф.**

**Казанский государственный медицинский университет  
Научный руководитель – к.б.н., доц. Шулаева М.П.**

По мнению Генеральной Ассамблеи Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) считается, что туберкулез все еще является приоритетной международной и национальной проблемой здравоохранения не только в развивающихся, но и в экономически высокоразвитых странах. Основной задачей современного фтизиобактериолога является сокращение времени на выделение возбудителя.

Целью исследования было сравнение эффективности использования автоматизированной системы BACTEC MGIT 960 для выявления микобактерий туберкулеза и определение их лекарственной чувствительности с методом исследования на плотной питательной среде.

Материалы и методы. Исследование проводили в бактериологической лаборатории Противотуберкулезного диспансера г. Казани. Для выявления микобактерий туберкулеза на плотной питательной среде использовали среду Левенштейна-Йенсена, а для изучения лекарственной чувствительности – та же среда, но содержащая определенную концентрацию противотуберкулезного препарата. Для системы BACTEC MGIT 960 применяли индикаторные пробирки с флюоресцентным индикатором роста.

Результаты исследования: высеваемость положительных микобактерий, т.е. подтвержденных микроскопически, и проверенных в тестах для дифференциации от нетуберкулезных микобактерий, была незначительно больше при использовании системы BACTEC MGIT 960. И она составила 87,2%, тогда как на плотной среде – процент положительных изолятов был равен 76,6%. Среднее же время детекции роста микобактерий на плотной среде было значительно дольше 33-37 дней, по сравнению с автоматизированной системой – 10-12 дней.

Оценка лекарственной чувствительности методом абсолютных концентраций на среде Левенштейна – Йенсена в сравнении с набором BACTEC MGIT 960 SIRE также показало достаточно высокую степень совпадения результатов.

Выводы:

1. Внедрение в лабораторную практику прибора BACTEC дает возможность выполнять большое количество исследований с меньшими затратами рабочих ресурсов и времени.



Сравнительный анализ результатов определения лекарственной чувствительности на BACTEC MGIT 960 и среды Левенштейна-Йенсена, показал достаточно высокий уровень совпадения, что позволяет успешно использовать его для определения лекарственной чувствительности

## **МИКРОБНЫЕ И ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ У БОЛЬНЫХ ПАРОДОНТИТОМ**

**Тожиев Ф.И.**

**Бухарский государственный медицинский институт  
Научный руководитель – к.м.н., доц. Сулейманов С.Ф.**

Цель - изучение микробиологических (МБ) и иммунологических (ИМ) показателей у больных пародонтитом (БП).

Методы исследования. Проведено МБ исследование мазков ротовой полости (РП) 56 БП в двух группах: 1 - с актиномикозом, 2 - со смешанным генезом (бактерии и грибы). Концентрацию иммуноглобулинов классов А, М, G в сыворотке крови и sIgA в слюне определяли методом ИФА. Относительные значения T(CD3) и его субпопуляций (CD4, CD8), а также B(CD22)-клеток в крови с помощью коммерческих тест-наборов.

Результаты. У БП выявили актиномицеты (АМ) в ассоциации с другими микроорганизмами (МО). При пародонтите часто выделялись *Act. odontolyticus*, *Act. viscosus*, *Act. israelii*, *Act. eriocsonii*, *Act. albicans*. Все эти АМ были выделены в ассоциации с аэробными и анаэробными микроорганизмами (МО): *S. aureus*,  $\beta$ -гемолитические стрептококки, *E. coli*, *C. albicans*, *A. actinomycetemcomitans*, *Fusobacterium* spp., грамположительные анаэробные кокки, бактероиды. Затем был проведен анализ иммунной системы у БП с АМ этиологией, а также без нее. У больных 1 группы гуморальный иммунитет был следующим: IgA -  $1,70 \pm 0,09$  мг/мл, IgM -  $1,5 \pm 0,01$  мг/мл, IgG -  $13,8 \pm 0,09$  мг/мл, что было достоверно ниже по сравнению с 2 группой, где этиологическим агентом служили другие бактерии и грибы - IgA -  $8,77 \pm 0,1$  мг/мл, IgM -  $3,91 \pm 0,2$  мг/мл, IgG -  $23,7 \pm 0,04$  мг/мл. Концентрация sIgA у больных в 1 группе заметно понижена -  $56,4 \pm 10,1$  мг/мл по сравнению с нормой (sIgA  $207,5 \pm 92,2$  мг/мл). У БП 1 группы со стороны Т-клеточного иммунитета было выявлено значительное снижение всех значений: CD3 -  $38,6 \pm 5,3\%$ , CD4 -  $27,3 \pm 4,1\%$ , CD8 -  $14,5 \pm 3,5\%$ , CD22 -  $7,6 \pm 1,1\%$ , - по сравнению с лицами контрольной группы (CD3 -  $65,5 \pm 3,2\%$ , CD4 -  $38,5 \pm 4,6\%$ , CD8 -  $29,5\%$ , CD22 -  $12,8 \pm 2,3\%$ ) ( $p < 0,05$ ).

Таким образом, у БП с АМ наблюдаются серьезные изменения в их иммунной системе, прежде всего имеет место супрессия клеточно-гуморального звена иммунитета. Наличие вторичного иммунодефицитного состояния у указанных больных диктует в дальнейшем необходимость поиска и разработки эффективных фармакологических средств, обладающих иммунокорригирующим и лечебным действием у БП.

## **АНТИРАБИЧЕСКАЯ ВАКЦИНА ОТ ЛУИ ПАСТЕРА ДО НАШЕГО ВРЕМЕНИ**

**Имангулова А.В.**

**Казанский государственный медицинский университет  
Научный руководитель – д.м.н., проф. Мусина Л.Т.**

Бешенство – медленно протекающая вирусная инфекция, поражающая ЦНС. Летальность при этом заболевании 100%. Вопросами профилактики бешенства впервые занялся Л. Пастер. В процессе многократных пассажей через мозг кроликов уличного вируса бешенства он получил фиксированный вирус, который использовал в качестве вакцины. С 1911 по 1952 гг. использовалась живая вакцина Л. Пастера. В 1907 г. применяли химическую вакцину Ферми; в 1919 г. – эфирную вакцину; в 1964 г. – вакцины из мозга новорожденных крыс и эмбриональные вакцины. В настоящее время используют концентрированную очищенную культуральную инактивированную антирабическую вакцину, включающую в себя штамм «Внуково-32», выращенный на культуре клеток почки сирийского хомяка. Вывод: совершенная форма антирабической вакцины – освобождение от посторонних белков убитые частицы вируса бешенства, спрессованные в ничтожном объеме в высокой концентрации. Но в этом случае теряет смысл сама первоначальная идея Л. Пастера: необходимость использования фиксированного вируса бешенства. Что же тогда осталось от исходной вакцины Л. Пастера? Осталось главное – идея о возможности предотвращения заболевания введением измененного возбудителя бешенства.

## **ИНФЕКЦИОННАЯ ПРИРОДА ОЖИРЕНИЯ**

**Усманова Э.А.**

**Казанский государственный медицинский университет  
Научный руководитель – к.м.н., доц. Фёдорова Е.Р.**

Проблема ожирения чрезвычайно актуальна в настоящее время: в разных странах число тучных людей неуклонно растет, поэтому ученые уделяют пристальное внимание этому вопросу. Помимо всех известных причин ожирения (генетическая предрасположенность, алиментарные причины, гормональные нарушения и др.) ученые выдвигают гипотезы вирусной и бактериальной этиологии.

Рассматривая вирусную природу ожирения, ученые говорят о некоторых штаммах человеческих и птичьих аденовирусов, которые заставляют организм вырабатывать дополнительные жировые клетки. Наблюдения за курами и цыплятами, которым были привиты подозрительные штаммы, позволили установить, что у особей, зараженных аденовирусами-36 и 37, происходит заметное увеличение веса. Затем эти же данные были подтверждены в экспериментах с крысами и обезьянами. Вирус быстро проникает в кровь, распространяется по организму и, откладываясь в жировой ткани, индуцирует более интенсивное размножение преадипоцитов.

В результате исследования крови людей, страдающих ожирением, в большинстве образцов были обнаружены антитела к аденовирусу-36, то есть тучные люди когда-то перенесли загадочную инфекцию. К тому же, почти треть людей, страдающих ожирением, инфицирована этим вирусом. Отмечается, что некоторые люди, переболевшие гриппом, после болезни начинают набирать вес.

Вторая выдвигаемая гипотеза ожирения связана с бактериями, расщепляющими пищу в нашем пищеварительном тракте. Ученые исследовали микрофлору пищеварительного тракта у мышей и у людей. Было доказано, что у тучных и худых особей бактериальный состав кишечника различается. У индивидов с избыточным весом много бактерий из группы Firmicutes, у худых же людей преобладают бактерии из второй группы - Bacteroidetes.

В ходе исследования амишей, проживающих на территории США в закрытых поселениях, в их организме были обнаружены 26 различных видов бактерий, связанных с ожирением и метаболическим синдромом. При высокой концентрации этих бактерий, у человека развивается диабет второго типа и неуклонно растёт вес.

Таким образом, новые знания и исследования в области данной проблемы, помогут создать наиболее эффективные меры лечения и профилактики ожирения, в том числе путем создания вакцин.

## **МИКРОБИОЛОГИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ПЕРИОДОНТИТА**

**Жураев Б.Н., Тожиев Ф.И.**  
**Бухарский государственный медицинский институт**  
**Научный руководитель – к.м.н., доц. Сулейманов С.Ф.**

Цель: Проведение микробиологической оценки лечения острого периодонтита (ОП).

Методы исследования. Проведено бактериологическое исследование. Кассетным микрометодом определяли чувствительность бактериальных культур к антибиотикам и другим лекарственным препаратам. Проведено обследование и лечение 23 пациентов с ОП. Выполнено 54 микробиологических исследования материала корневых каналов пациентов с ОП (24 зуба).

Результаты. В периодонте обнаружили строгие анаэробы: *Peptostreptococcus* sp., *Eubacterium* sp., *Veillonella* sp., *Bacteroides* sp., *Carnocytophaga* sp. и др. Довольно часто выделяли культуры факультативно-анаэробных бактерий - *Enterococcus faecalis*, *Streptococcus sanguis*, *Streptococcus mutans*, *Streptococcus salivarius*, *Staphylococcus aureus*, *Staphylococcus epidermidis*, *Lactobacillus* sp., *Bacillus subtilis*, а также грибов, ассоциировавшихся с проявлениями болевых симптомов. В среднем с наличием свищевого хода. При апикальном периодонте без свища микрофлора корневых каналов была менее разнообразной, хотя во всех случаях она была преимущественно представлена строгими анаэробными микроорганизмами: грамположительные кокки, грамотрицательные, грамположительные и неспорообразующие бактерии (палочки). Важным является то, что выделение бактерий из периодонта, образующих черный пигмент, ассоциировалось с проявлениями болевых симптомов. В среднем в симптоматичных периапикальных очагах выявляли 10 видов бактерий, а при отсутствии симптоматики 5 видов, что подтверждает выраженные различия бактериального состава при различном течении болезни периодонта. В условиях *in vitro* нами было изучено действие антибиотиков, которые применялись при необходимости: кларитромицин, рокситромицин (макролиды), цефотаксим (цефалоспорины). Результаты тестирования свидетельствовали о высокой чувствительности микроаэрофильных и анаэробных бактерий к цефалоспоридам и макролидам.

Таким образом, для лечения пациентов с ОП, кроме традиционной эндодонтии, необходим дифференцированный выбор методов терапии и подбор лекарственных препаратов для местной антибактериальной и остеиндуктивной терапии.

## **МИКРОБНАЯ ЭТИОЛОГИЯ ЛЕТАРГИЧЕСКОГО СНА**

**Сагдиева Г.Ф.**  
**Казанский государственный медицинский университет**  
**Научный руководитель – к.м.н., доц. Федорова Е.Р.**

Страшная болезнь, известная как летаргический сон, более 80 лет является таинственным заболеванием. Медики не могут с уверенностью назвать причину её возникновения. Люди теряют сознание и засыпают. Кто на несколько часов, а кто на месяцы и годы. Летаргия может вернуться, но её причина начала просматриваться.

Загадочная болезнь появилась между 1916 и 1927 годами и быстро во всём мире приняла характер эпидемии. Молодые люди, особенно женщины, оказались наиболее уязвимыми, но болезнь затрагивала людей всех возрастов.

Причина была тайной, но версии, конечно же, высказывались. Одни медики думали, что летаргию вызывает неизвестный вирус, другие путали её с эпидемией испанского гриппа, бушевавшей в те годы, третьи видели виновника в некоем оружии, применявшемся в Первой Мировой войне. Но даже теперь, больше 80 лет спустя, учёные затрудняются назвать эту самую причину. Хотя эпидемия, вроде бы, сошла на нет, в тех же 1920-х, в 1948 году вспышка чего-то подобного была зафиксирована в Исландии.

Ученые Дейл и Чёрч обратились за помощью к медицинскому сообществу и сумели собрать данные по 20 пациентам. Они искали нечто общее между всеми заболевшими и обнаружили, что многие из пациентов болели бактериальной ангиной прежде, чем были поражены летаргией, и предположили, что стрептококки и диплококки являются причиной заболевания.

И оказалось, что у всех их пациентов имеется редкая форма стрептококка, которые видоизменившись провоцируют атаку *Encaphilitis Lethargica*. Иммунная система некоторых людей, отвлеченная нападением инфекции на горло, пропускает паразита в нервную систему, поражается средний мозг, начинается воспаление.

Чтобы проверить свою догадку, доктор Дэйл по-новой изучил медицинские архивы и обнаружил, что, во-первых, многие жертвы эпидемии 1920-х также сначала болели ангиной, а, во-вторых, в записях частенько упоминается диплококк. Действительно похоже на то, что Дейл и Чёрч идентифицировали причину современных случаев заболевания летаргией и, возможно, раскрыли 80-летнюю медицинскую тайну. Однако в медицинской энциклопедии всё той же британской телерадиокорпорации в разделе, посвящённом летаргии, содержится информация о стрептококке, представляя версию, названную аутоиммунной болезнью.

## **НЕИЗВЕСТНЫЙ НАУКЕ ВИД БАКТЕРИЙ, ОБНАРУЖЕННЫЙ В СТЕРИЛЬНЫХ ПОМЕЩЕНИЯХ КОСМИЧЕСКИХ АГЕНТСТВ**

**Галаутдинова Д.И.**  
**Казанский государственный медицинский университет**  
**Научный руководитель – к.м.н., ст. преп. Хабирова Г.З.**

Космические агентства Флориды и Французской Гвианы обнаружили неизвестный вид бактерий в специальных помещениях, где происходит создание космических аппаратов. В связи с этим цель исследования – изучение нового вида бактерий по данным литературы.

Результаты: Вид получил название *Tersicoccus phoenicis* (от латинского *Tersi* – чистота и греческого *soccus* – ягода). *Phoenicis* – производная от названия космического аппарата *Phoenix*, который строился, когда бактерия попала в пробе с пола. Микроорганизм оказался достаточно устойчивым, чтобы выжить в «негостеприимной» среде стерилизованных комнат.

Бактерия имеет форму ягоды, и ее размер составляет 0,001 мм в поперечнике. Генетическая последовательность *Tersicoccus phoenicis* имеет менее 95% общего с ближайшими бактериальными родственниками. Этот факт и уникальный молекулярный состав клеточной стенки позволили классифицировать *Tersicoccus phoenicis* в новый род.

Ученые утверждают, что эти бактерии почти не требуют каких-либо питательных веществ и показывают повышенную устойчивость к методам стерилизации, что позволит им выжить в стерильных камерах космического корабля. Предполагается, что *Tersicoccus phoenicis* может быть обнаружена в естественном окружении с очень низкой питательной средой (в пустыне или пещере).

Дальнейшее изучение микроорганизма направлено на изучение способов контролирования его распространения в космических аппаратах и вычленение последовательности дезоксирибонуклеиновой кислоты.

## **БАКТЕРИИ В РАДИОЗФИРЕ**

**Кашипова Л.Р.**

**Казанский государственный медицинский университет  
Научный руководитель – к.м.н., ст. преп. Хабирова Г.З.**

Некоторые бактерии теоретически способны излучать радиоволны, показала группа физиков из Соединенных Штатов Америки. Их работа может стать аргументом в пользу нобелевского лауреата Люка Монтанье, недавние опыты которого по «телепортации» молекул дезоксирибонуклеиновой кислоты вызвали неоднозначную реакцию у научного сообщества. Цель исследования: изучение гипотезы «общения» бактерий между собой через радиоволны.

Основываясь на построенной модели, физики показали, что рассчитанные частоты электромагнитных фотонов, испускаемых при переходе свободных электронов с одного энергетического уровня на другой внутри бактериальных дезоксирибонуклеиновых колец, согласуются с теми, которые опытным путем обнаружил Монтанье, исследуя образцы с *Escherichia coli* (0.5, 1 и 1.5 КГц). Также было показано, что модуляция электромагнитных волн, продуцируемых внутри дезоксирибонуклеиновых колец, может быть как амплитудной, так и частотной, а также рассмотрен различный электро-квантовый сценарий таких модуляций внутри колец.

На самом деле, памятуя о том, что механизм обмена информацией между бактериями посредством специальных нанопроводков, передающих электрические сигналы внутри бактериальных колоний, уже исследован, в предположении, что бактерии могут общаться между собой и по беспроводной связи, нет ничего безумного.

Нужно лишь выяснить, способны ли бактерии генерировать электромагнитное излучение вообще и если да (что теоретически, как видим, не исключено), используется ли этот механизм для обмена сигналами между организмами или электромагнитное излучение дезоксирибонуклеиновой кислоты не упорядочено в сигнальные пакеты, являясь просто частью энтропийного обмена со средой.

## **БАКТЕРИИ, СОЗДАЮЩИЕ ЗОЛОТЫЕ САМОРОДКИ**

**Шакуло А.В.**

**Казанский государственный медицинский университет  
Научный руководитель – к.м.н., ст. преп. Хабирова Г.З.**

Австралийские ученые открыли процесс образования золотых самородков в процессе жизнедеятельности особых микроорганизмов. Поэтому цель работы: изучение механизма жизнедеятельности бактерий, создающих самородки, по литературным источникам.

Выводы: слои бактерий разлагают золото на наночастицы, которые двигаются сквозь скальные породы и почву, скапливаются в других местах, иногда образуя значительно более чистые «вторичные» месторождения металла в разломах и трещинах. Данный факт удивителен, поскольку золото в растворенном состоянии чрезвычайно токсично.

Это открытие перевернуло мнение о том, что золотая руда образуется только в результате «первичных» геологических процессов.

Изучая дезоксирибонуклеиновую кислоту слоя бактерий, растущего на крупинках золота, собранного на руднике «Prophet» на юго-востоке Австралии, сотрудники университета Аделаиды во главе с Фрэнком Ритом установили, что 90% микроорганизмов относится лишь к двум видам: *Delftia acidovorans* и *Cupriavidus metallidurans*. Эти бактерии обладают геном сопротивления токсичному действию тяжелых металлов.

Наличие таких бактерий позволит быстро определять, есть ли золото на определенном участке. В будущем геологи смогут использовать специальные биосенсоры, настроенные на определение генов «золотых» бактерий.

## **ИЗУЧЕНИЕ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ ИЗВЛЕЧЕНИЙ ИЗ ЛИСТЬЕВ ШАЛФЕЯ ЛЕКАРСТВЕННОГО И ЭВКАЛИПТА ПРУТОВИДНОГО**

**Макарова А.С.**

**Казанский государственный медицинский университет  
Научный руководитель – д.м.н., проф. Мусина Л.Т., к.б.н., доц. Хазиев Р.Ш.**

Листья шалфея лекарственного и эвкалипта прутовидного давно применяются в медицине в качестве антимикробных средств – широко известны такие препараты из этих растений как «Хлорофиллипт», «Эвкалимин», «Сальвин». Ранее считалось, что антибактериальный эффект этих растений обусловлен эфирными маслами, открытые в последние годы в этих растениях новые группы природных соединений – терпеноидные фенолальдегиды и дитерпеновые кислоты, обладающие выраженной антибактериальной активностью изменили эту точку зрения. С учетом высокой гидрофобности этих соединений было интересно обратиться к технологии получения упоминавшихся выше препаратов с целью ее усовершенствования и прежде всего, изучить антибактериальные свойства извлечений из шалфея и эвкалипта на основе липофильных растворителей, типа гексана.

Мы разработали способы количественного определения фенолальдегидов в листьях эвкалипта прутовидного и дитерпеновых кислот в листьях шалфея и получили гексановые экстракты из этих растений с контролируемым уровнем содержания действующих веществ. Полученные экстракты были подвергнуты испытаниям на антибактериальную активность методом двукратных серийных разведений в мясо-пептонном бульоне с тест-микробом *Staphylococcus aureus* ATCC 6538-R в сравнении с известными препаратами из этих растений. Для подтверждения результатов полученных вышеописанным методом использовали пересев на мясо-пептонный агар. На поверхность мясо-пептонного агара в чашках Петри методом репликаций из каждой пробирки делали пересев и инкубировали в термостате в течение 18-24 часов. Разведение препарата, на котором отсутствовал рост тест-штамма характеризовало его антибактериальную активность.

Результаты показали, что антибактериальная активность извлечения из листьев эвкалипта прутовидного существенно превышает таковую у «Хлорофиллипта», а активность извлечения из листьев шалфея напротив значительно ниже, чем у спиртового извлечения («Сальвина»), что свидетельствовало наличие в листьях шалфея помимо дитерпеновых кислот, других соединений с антибактериальной активностью.

## **ВЫЯВЛЕНИЕ МЕТИЦИЛЛИНРЕЗИСТЕНТНЫХ ШТАММОВ STAPHYLOCOCCUS AUREUS ИЗ КЛИНИЧЕСКОГО МАТЕРИАЛА И ОПРЕДЕЛЕНИЕ УСТОЙЧИВОСТИ ИХ К АНТИБАКТЕРИАЛЬНЫМ ПРЕПАРАТАМ**

**Кожаринова А.М.**  
**Казанский государственный медицинский университет**  
**Научный руководитель – к.м.н., доц. Федорова Е.Р.**

Актуальность:

Основную клиническую и эпидемиологическую проблему в настоящее время представляют метициллинрезистентные штаммы стафилококков, проявляющие множественную антибиотикорезистентность.

Согласно официальной статистике, количество смертельных случаев от одной из наиболее опасных больничной инфекций — MRSA в последние годы значительно увеличилось, а число случаев заражения постоянно растет.

Цель работы: выявление метициллинрезистентных штаммов *Staphylococcus aureus* (MRSA) и определение чувствительности их к антимикробным препаратам.

Ход исследования:

- 1) Выделение чистой культуры из клинического материала больных пневмоний, бронхитом, ангиной и т.д.
- 2) Приготовление бактериальной смеси изучаемых культур и контрольных штаммов *S.aureus* ATCC-38591(резистентный) и *S.aureus* ATCC-29213(чувствительный). Доведение бактериальных смесей до мутности 0,5 по Мак-Фарланду.
- 3) Посев по стандартной методике на агар Мюллера-Хинтона с добавлением 4% хлористого натрия и 6 мг/л метициллина, а также на контрольную среду без добавления антибиотика.
- 4) Инкубация посевов в обычной атмосфере при 35 °C в течение 24 часов.
- 5) Определение резистентности бактерий к бета-лактамам методом скрининга.

Результаты:

В результате исследования было установлено, что 11 культур *S. aureus*, что составило 34,4%, устойчивы к бензилпенициллину, 6 культур *S. aureus* устойчивы к канамицину, что составило 18,8%, 4 изолята *S. aureus* устойчивы к гентамицину, что составило 12,5% соответственно. К оксациллину (метициллину) оказались устойчивыми 2 штамма *S.aureus*, , что составило 6,3% соответственно. При анализе резистентности к антибактериальным препаратам было установлено, что 4 штамма *S. aureus* оказались полирезистентными, что составило 12,5%. Все изоляты стафилококков чувствительны к цефазолину, цефотаксиму и офлоксацину.

Выводы:

1. Метициллин-резистентные стафилококки должны рассцениваться как резистентные ко всем бета-лактамам (пенициллинам, цефалоспорином, карбапенемам, комбинациям пенициллинов с ингибиторами бета-лактамаз). Кроме того, среди метициллин-резистентных стафилококков очень часто наблюдается ассоциированная резистентность к другим антибиотикам (аминогликозидам, макролидам, хинолонам, тетрациклинам).

2. Все изоляты стафилококков чувствительны к цефазолину, цефотаксиму

## **YERSINIA PSEUDOTUBERCULOSIS КАК ПРЕДКОВАЯ ФОРМА ВОЗБУДИТЕЛЯ ЧУМЫ**

**Шакуло А.В.**  
**Казанский государственный медицинский университет**  
**Научный руководитель – к.м.н., ст. преп. Хабирова Г.З.**

Цель: изучить гипотезу происхождения *Yersinia pestis* от *Yersinia pseudotuberculosis* и выявить аргументы в её пользу.

Материалы и методы: На протяжении нескольких десятилетий различными учеными поддерживается или опровергается гипотеза происхождения *Y. pestis* от *Y. pseudotuberculosis*. В настоящее время близкое родство этих микробов доказано морфологическими, микробиологическими, биохимическими и молекулярно-генетическими методами. Из 18 антигенов, выявленных методом преципитации в геле, 13 являются общими для *Y. pseudotuberculosis* и *Y. pestis*. Эти виды мало отличаются по нуклеотидному составу ДНК. Несмотря на то, что возбудители псевдотуберкулеза и чумы имеют различные жизненные формы, сходство их геномов составляет более 90%. Гомологичность молекулярной структуры плазмиды кальцийзависимости, имеющейся у обоих видов, также составляет более 90 %. Гомологичность 16S-структуры в рибосомальной ДНК, определенная методом гибридизации, составляет 99,7%. Отмечено высокое сходство нуклеотидных последовательностей некоторых общих генов.

*Y. pseudotuberculosis* — возбудитель псевдотуберкулеза грызунов, способен заражать организм человека и животных и заселять почвенную органику (экскременты), успешно размножаться в ней и приобретать свойства инвазивности.

*Y. pseudotuberculosis* — психрофил, интенсивно размножается во внешней среде при температуре 4–10°C, но может размножаться и в организме животного при 37°C и выше. Длительно используемые норы грызунов создают подходящие условия для сохранения и размножения *Y. pseudotuberculosis*: в них не проникает солнечный свет, содержится большое количество органических веществ, относительная влажность воздуха близка к 100 %, температура в глубинных частях более ровная и относительно низкая.

Результаты: исследования показывают, что при низких температурах (6–8°C) возможна трансмиссивная передача *Y. pseudotuberculosis* грызунам от блох, что вполне осуществимо в условиях зимней спячки в норах. Попадание этого микроба в кровь могло индуцировать освоение им новой среды обитания и постепенной эволюции в возбудителя чумы.

Вывод: гипотеза происхождения *Y. pestis* от *Y. pseudotuberculosis* имеет под собой научную основу и заслуживает дальнейшего изучения.

## **PANDORAVIRUS – ОБЛОМОК ЧЕТВЁРТОГО НАДЦАРСТВА ЖИЗНИ?**

**Галаутдинова Д.И., Кашипова Л.Р.**  
**Казанский государственный медицинский университет**  
**Научный руководитель – к.м.н., ст. преп. Хабирова Г.З.**

Цель: изучить особенности открытого недавно рода Pandoravirus, представители которого оказались самыми крупными вирусами, известными науке на сегодняшний день.

Результаты исследования: организм, способный поражать амёб рода Acanthamoeba и относимый ранее к числу бактерий, неожиданно оказался самым крупным из известных вирусов. Ученые взяли образцы воды у побережья Чили и из водоёма Австралии. В лаборатории был поставлен эксперимент: в пробу добавили антибиотики для уничтожения присутствующих в ней бактерий, после чего туда же ввели амёб. Массовая гибель амёб, несмотря на отсутствие бактерий, позволила учёным заподозрить вирусную природу поражающего их микроорганизма и выделить его отдельно. Новый род вирусов получил название Pandoravirus. Его представители имеют типичную для вирусов биохимическую организацию и жизненный цикл. Величина их (около 1 мкм в длину и 0,5 мкм в ширину) вдвое превысила размеры мимивируса и мегавируса. Количество пар нуклеотидов в геноме Pandoravirus dulcis — около 1,9 млн, Pandoravirus salinus — около 2,5 млн, что конкурирует с геномом многих бактерий и даже некоторых эукариот. Новые вирусы интересны не только своими рекордными показателями: они заставляют задуматься о неизведанных «ветвях» древа жизни: лишь 7% их генов совпадают с уже изученными. Остальные 93 % кодирующих нуклеотидных последовательностей вируса не имеют сходства с известными последовательностями других организмов. Филогенетическое сходство с другими вирусами также не было обнаружено. Для человеческого организма пандоравирусы, по мнению учёных, опасности не представляют.

Учёными выдвигаются предположения, что пандоравирус – промежуточная форма между бактериальной клеткой и вирусом. Отличия в геноме пандоравирусов дают основание полагать, что их предки должны были сильно отличаться от бактерий, архей и эукариотов – всех известных сейчас доменов жизни. Некоторые клетки дали начало современным формам жизни, а другие выжили, трансформировавшись в вирусы и паразитируя на первых.

Выводы: дальнейшее изучение пандоравирусов открывает новые границы для вирусологии. Учёным предстоит расшифровка загадочного генома и поиск других представителей переходных форм между бактериями и вирусами.

## **ОПРЕДЕЛЕНИЕ СТЕПЕНИ ЧИСТОТЫ РУК УЧАЩИХСЯ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОГО КОЛЛЕДЖА ДО И ПОСЛЕ ЗАНЯТИЙ**

**Мамедова С.Н.**  
**Казанский государственный медицинский университет**  
**Научный руководитель – к.м.н., доц. Фёдорова Е.Р., к.м.н., ст. преп. Хабирова Г.З.**

Цель: оценить степень чистоты рук учащихся до и после занятий, подчеркнуть необходимость тщательного соблюдения личной гигиены.

Метод исследования: экспериментальное выявление колиформных бактерий методикой посева смывов с рук.

Кишечная палочка является основными санитарно-показательными микроорганизмом в отношении кишечных инфекций, указывающим на наличие фекального загрязнения.

В исследовании приняли участие 50 учащихся. Смывы производились с поверхности рук дважды: до и после занятия.

Техника взятия смывов.

Взятие смывов производится с помощью стерильных ватных тампонов, смоченных стерильным физиологическим раствором. Тампоном протирают ладонные поверхности обеих рук, проводя не менее 5 раз по каждой ладони и пальцам, затем протирают межпальцевые пространства.

Методика посева смывов на бактерии группы кишечной палочки.

Для выявления кишечной палочки производился посев смывов на среды Кода (каждый тампон и остатки смывной жидкости помещались в отдельную в пробирку со средой). Посевы подвергались инкубации в термостате при 37°C в течение 24 ч. В случае изменения окраски среды или её помутнения, свидетельствующих о наличии бактерий группы кишечной палочки, производился высеивание на плотную дифференциальную среду Эндо. Затем посевы помещались в термостат на 24 ч при температуре 37°C, после чего просматривались на предмет обнаружения колоний, подозрительных или типичных для бактерий группы кишечной палочки. Обнаружение в окрашенных по Граму мазках грамтрицательных палочек указывает на наличие колиформных бактерий.

Результаты исследования:

- 1) кишечная палочка обнаружена в смывах и до, и после занятия – 3 человека;
- 2) кишечная палочка отсутствовала до занятия, но обнаружена после него – 1 человек;
- 3) кишечная палочка обнаружена до занятия, но отсутствовала после (подобный результат объясняется мытьем рук во время занятия) – 3 человека;
- 4) кишечная палочка отсутствовала и до, и после занятия – 43 человека.

Закключение.

Как было отмечено ранее, наличие кишечной палочки на поверхности рук свидетельствует о фекальном загрязнении, которое также может сопровождаться присутствием других патогенных бактерий (сальмонеллы, шигеллы и др.), что делает исследуемого потенциальным источником заражения окружающих.

## **ПЕРЕНОС МУТАЦИЙ В ГЕНАХ MACAB SERRATIA MARCESCENS В НОВЫЙ ШТАММ ПРИ ПОМОЩИ ТРАНСДУКЦИИ**

**Ширшикова Т.В.**  
**Казанский (Приволжский) федеральный университет**  
**Научный руководитель – к.б.н., доц. Марданова А.М., к.б.н., проф. Богомольная Л. М.**

Многие заболевания человека вызываются бактериями семейства Enterobacteriaceae. Долгое время считалось, что Serratia marcescens не является патогеном, и лишь в последние годы были получены данные о том, что она является одним из опасных возбудителей внутрибольничных инфекций. Одним из механизмов, обеспечивающих клеткам S. marcescens повышенную устойчивость к широкому спектру антибиотиков, является активное удаление их из клеток с помощью эффлюкс систем. Проведенный биоинформационный анализ геномной последовательности S. marcescens позволил выявить новую эффлюкс систему ABC-типа, которая не исследована у S. marcescens, но гомологична MacAB системе E. coli, защищающей клетки от эритромицина и других антибиотиков класса макролидов.

Наиболее продуктивным методом анализа микробных генов с неизвестной функцией является их инактивация с последующим изучением фенотипов мутантных клеток. Для получения штаммов с мутацией строго по одному гену используется метод трансдукции, позволяющий переносить нужную мутацию в разные штаммы бактерий.

Целью моей работы стал поиск эффективной системы фаг-хозяин для получения мутантов по генам *marAB* *S. marcescens*. Начальным этапом работы стало определение чувствительности штаммов *S. marcescens* SM6 (дикий тип, устойчив к ампициллину) и *S. marcescens* TT392 (мутантный штамм с инактивированными генами внеклеточной нуклеазы и одной из рестриктаз, чувствителен к ампициллину и канамицину) к бактериофагам ФОТ8 и ФІФ3.

Используемые бактериофаги ФОТ8 и ФІФ3, по данным литературы, имеют чувствительность к штаммам *S. marcescens*. Оба штамма бактерий оказались чувствительны к бактериофагам ФОТ8 и ФІФ3, но наибольшая активность была выявлена у бактериофага ФОТ8. Трансдукция проводилась с целью выяснения способности фагов (ФОТ8) трансдуцировать гены (устойчивости к ампициллину) из одного штамма (*S. marcescens* SM6) в другой штамм (*S. marcescens* TT392).

В результате на чашках выросли 48 колоний трансдуктантов, но так как они могли быть инфицированы, на свежую среду было пересеяно 20 колоний, из которых стабильными трансдуктантами оказались только 6. Таким образом, с помощью фага ФОТ8 была проведена трансдукция гена устойчивости к ампициллину из штамма *S. marcescens* SM6 в штамм *S. marcescens* TT392.

## **ВЛИЯНИЕ БУРЫХ ВОДОРОСЛЕЙ НА ЖИЗНЕСПОСОБНОСТЬ STAPHYLOCOCCUS AUREUS**

**Боев И.А.**

**Пермская государственная медицинская академия**

**Научный руководитель – к.м.н, доц. Быкова Л.П., к.м.н., доц. Годовалов А.П.**

Известно, что бурые водоросли богаты различными фитохимическими компонентами (танины, терпеноиды, алкалоиды и флавоноиды), обладающими антибактериальными свойствами.

Цель исследования – изучить действие настоя *Fucus vesiculosus* L. на жизнеспособность *Staphylococcus aureus* in vitro.

Материалы и методы. Исследования проведены на клинических штаммах *S. aureus*. В исследовании использованы настои с концентрацией сухого вещества – 40, 400 и 1000 мг/мл. Чувствительность микроорганизмов к действию настоев определяли диско-диффузионным методом. Настои *Fucus vesiculosus* L. готовили ex tempore. Стерильные бумажные диски пропитывали 20 мкл настоев растительных препаратов, после чего диски наносили на газонный посев тест-штамма (0,5 единиц по шкале МакФарланда). В качестве контроля использовали стерильные диски (отрицательный контроль) и диски пропитанные 20 мкл 0,05% раствором хлоргексидина (положительный контроль). Через 24-48 ч инкубации при +36±10С учитывали размер диаметра зоны задержки роста. Для статистической обработки данных использовали парный вариант t-критерия Стьюдента.

Результаты исследования. В ходе проведения исследований показано, что настои *Fucus vesiculosus* L. всех исследованных концентраций обладают равной антистафилококковой активностью ( $p > 0,05$ ). Так зона задержки роста вокруг дисков с настоем *Fucus vesiculosus* L. в концентрации 40 мг/мл составила –  $0,82 \pm 0,01 \log_{10}$  мм, вокруг диска с концентрацией 400 мг/мл –  $0,84 \pm 0,02 \log_{10}$  мм, а вокруг диска с концентрацией 1000 мг/мл –  $0,85 \pm 0,02 \log_{10}$  мм. Настои *Fucus vesiculosus* L. во всех исследованных концентрациях дают статистически значимо меньшие зоны задержки роста при сравнении с дисками, пропитанными 0,05% раствором хлоргексидина –  $1,04 \pm 0,03 \log_{10}$  мм ( $p < 0,05$ ).

Выводы. Настои *Fucus vesiculosus* L. обладают антистафилококковым действием и могут быть использованы наружно как для профилактики, так и в комплексе лечебных мероприятий.

## **ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ЭФИРНОГО МАСЛА ДЛЯ ДЕЗИНФЕКЦИИ ВОЗДУШНОЙ СРЕДЫ В ЗАКРЫТЫХ ПОМЕЩЕНИЯХ**

**Антипина А.И., Лыкова Е.В.**

**Пермская государственная медицинская академия**

**Научный руководитель – к.м.н., доц. Быкова Л.П., к.м.н., доц. Годовалов А.П.**

Загрязнение воздушной среды закрытых помещений микроорганизмами происходит за счёт выделений из дыхательных путей человека и возгонкой пылевых частиц. Актуальна задача обезвреживания воздуха помещений.

Цель исследования - изучить антибактериальную активность масла герани в отношении микрофлоры воздуха в закрытых помещениях.

Материалы и методы. Исследовали пробы воздуха, полученные в аудитории объемом 27 м<sup>3</sup>, в конце рабочего дня. Отбор воздуха проводился согласно СанПиН 2.1.6.1032 - 01 «Гигиенические требования к обеспечению качества атмосферного воздуха населенных мест». Пробы воздуха получали до и после обработки воздуха комнат маслом герани. Обработка воздуха проводилась при помощи аромалампы в течение 20 минут. Изучали общее микробное число бактерий (ОМЧ) и количество стафилококков. Учёт результатов проводился путём подсчёта колониеобразующих единиц (КОЕ) в 1 м<sup>3</sup>. Статистическая обработка проведена с использованием парного t-критерия Стьюдента.

Результаты исследования: В ходе проведенных исследований установлено, что lg ОМЧ до обработки воздуха –  $2,54 \pm 0,08$ , а после –  $2,21 \pm 0,08$  ( $p < 0,05$ ). Количество стафилококка до обработки составляло –  $1,29 \pm 0,07 \lg$  КОЕ на 1м<sup>3</sup>, после –  $0,51 \pm 0,13$  ( $p < 0,05$ ). После обработки воздуха маслом герани уменьшились размеры колоний, произошла потеря пигментации. Золотистый стафилококк после использования масла герани в воздухе выявлен не был.

Таким образом, обработка воздуха эфирным маслом герани привела к снижению общей микробной обсеменённости воздуха закрытого помещения, количества стафилококков и устранению золотистого стафилококка. Мы полагаем, что особую ценность эфирное масло может представлять для обработки воздуха в местах скопления людей в периоды вспышек острых респираторных инфекций.

## **АНТИБИОТИКОРЕЗИСТЕНТНОСТЬ БАКТЕРИЙ И ПУТИ ЕЁ ПРЕОДОЛЕНИЯ**

**Мамедова С.Н., Абдуллаева К.М.**

**Казанский государственный медицинский университет**

**Научный руководитель – к.м.н., ст. преп. Хабирова Г.З.**

Цель: дать обзор основных причин и механизмов развития антибиотикорезистентности у бактерий, изучить пути её преодоления.

Методика исследования: анализ публикаций по соответствующим темам.

Колоссальное препятствие в использовании антибиотиков - неуклонный рост антибиотикорезистентности, делающий старые препараты бесполезными, а новые – нерентабельными. Изначальные факторы, обеспечивающие устойчивость к

антибиотикам - отсутствие структуры (мишени), на которую направлено действие антибиотика либо её недоступность. Факторы приобретенной устойчивости – мутации и генетические рекомбинации в геноме бактерий, приводящие к модификации структуры мишени, её недоступности, образованию бактериальных ферментов, инактивирующих или модифицирующих антибиотик.

Главная причина роста антибиотикорезистентности – нерациональная антибиотикотерапия: отсутствие анализов на чувствительность, несоблюдение дозировки и длительности лечения, неоправданное назначение антибиотиков, отсутствие данных по антибиотикорезистентности штаммов в регионе, отсутствие должного учёта внутрибольничных инфекций.

Результаты. Всё перечисленное способствует неполному уничтожению популяции бактерий в макроорганизме и приспособлению её к применяемому антибиотику. Рациональная антибиотикотерапия – пока наиболее верный и доступный способ сдерживать рост антибиотикорезистентности.

На данный момент ведется изучение ADEP-4 – вещества, способного активировать фермент протеазу ClpP в клетках персистеров, недоступных для обычных препаратов. Чтобы выработать устойчивость к антибиотику на основе ADEP4, бактериям придется отказаться от жизненно необходимой протеазы ClpP. Другим интересным направлением является изучение активности синтетических антимикробных пептидов, сконструированных путем лингвистического анализа – сочетания различных последовательностей аминокислот, взятых из белков, заведомо обладающих бактерицидной и фунгицидной активностью. Антибактериальное действие пептидов проявляется в течение нескольких минут, а их эффективная концентрация в 10 раз меньше таковой у традиционных антибиотиков. Они нетоксичны для здоровых клеток организма и не вызывают аллергии.

Заключение: преодоление антибиотикорезистентности – важная задача медицины на сегодняшний день.

## **МИКРОБНЫЙ СПЕКТР ПРИ ОСТРОМ РИНОСИНУСИТЕ У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ ЛИЦ**

**Тожиев Ф.И., Жураев Б.Н.**  
**Бухарский государственный медицинский институт**  
**Научный руководитель – к.м.н., доц. Сулейманов С.Ф.**

Цель. Изучение микробного спектра при остром риносинусите (ОРС) у ВИЧ-инфицированных пациентов (ВИЧ-ИП).

Обследовали 79 ВИЧ-ИП (35 женщин, 44 мужчин) с нарушениями дыхания в возрасте от 18 до 66 лет. Изучение включало проведение клинического и бактериологического методов исследований. У ВИЧ-ИП с ОРС в той или иной степени отмечались такие клинические симптомы, как повышение температуры тела, выделение из носа, затруднение дыхания, головные боли, слабость и др. Структура обнаруженных патогенных и условно-патогенных микроорганизмов характеризовалась широким разнообразием. Среди выделенных культур обнаружили представителей семейств: роды *Klebsiella*, *Proteus*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Staphylococcus aureus*. Дрожжеподобные грамм-отрицательные бактерии обнаружены в 61,4% от всех случаев присутствия возможных грамм-отрицательных возбудителей, в то время как патогенные возбудители рода *Streptococcus pneumoniae* выявлены в 27,3% случаев.

Первое ранговое положение среди случаев обнаружения условно-патогенных отрицательных бактерий (УПГОБ) занимали бактерии рода *Proteus*, которые были выявлены у больных в 44,4% случаев, а бактерии рода *Klebsiella* – у 9,4% больных.

На достаточно высоком уровне сохранялся удельного веса (УВ) частоты обнаружения синегнойной палочки (*Pseudomonas aeruginosa*) среди всех УПГОБ составив в среднем 34,0. При оценке доли *Staphylococcus aureus* от общего числа проб с выявленными возможными возбудителями оказалось, что он продолжает занимать одно из ведущих положений, соответствуя 27,3%. Весьма высоким были относительные показатели обнаружения дрожжеподобных грибов рода *Candida*. Частота выявления составила 30,7% от общего числа ВИЧ-ИП.

Таким образом, анализ исследований показал, что в настоящее время наиболее значительной является группа условно-патогенной микрофлоры при ОРС у ВИЧ-ИП. При этом доминирующее значение имеют синегнойная палочка и золотистый стафилококк.

## **ГЕМОРАГИЧЕСКАЯ ЛИХОРАДКА С ПОЧЕЧНЫМ СИНДРОМОМ (ГЛПС)**

**Хабибуллина А.А., Хисматуллина А.А.**  
**Казанский государственный медицинский университет**  
**Научный руководитель – к.м.н., доц. Валеева Ю.В.**

Геморрагическая лихорадка с почечным синдромом – острая вирусная природно-очаговая болезнь, характеризующаяся лихорадкой, общей интоксикацией, своеобразным поражением почек и развитием тромбогеморрагического синдрома.

Цель: анализ заболеваемости ГЛПС в Республике Татарстан.

Болезнь впервые описана в 1913г. Вирусная природа ГЛПС была доказана в 1944г. А.А. Смородинцевым, в 1976г. южно-корейский ученый Н.В. Lee выделил из легких грызуна вирус Hantaan. Сходные вирусы были выделены в Финляндии, США, России, КНР.

В России наиболее высокие показатели отмечают в Уральском, Поволжском, Волго-Вятском регионах.

В Республике Татарстан активные природные очаги ГЛПС расположены в Альметьевском, Заинском, Нижнекамском, Лениногорском, Бавлинском, Бугульминском, Тукаевском, Чистопольском районах и в г. Набережные Челны. За 15 лет в РТ зарегистрирован 11 461 случай ГЛПС, из них 53 случая закончились летальным исходом. 85% умерших от ГЛПС, обратились за медицинской помощью на поздних сроках заболевания.

Неблагополучная ситуация по ГЛПС обусловлена наличием активных природных очагов, в которых обитают мышевидные грызуны и потеплением климата.

Внедрение вируса происходит через слизистые оболочки дыхательных путей, пищеварительного тракта, поврежденные кожные покровы. После размножения вируса в лимфатических узлах происходит диссеминация вируса с возможным участием клеток крови и кроветворной системы. Развиваются токсико-аллергические и иммунологические реакции. Висцеральные поражения и обменные нарушения соответствуют концу лихорадочного периода и началу олигоурического.

Осложнения – азотемическая уремия, разрыв почки, эклампсия, острая сосудистая недостаточность, отек легких, очаговые пневмонии, мозговыми симптомами.

Диагноз должен быть верифицирован с помощью методов микробиологической диагностики.

Для лечения применяют рибовирин, амиксин, специфический иммуноглобулин. Для профилактики ГЛПС необходимо проводить дератизацию. В населенных пунктах, необходимо хранить продукты на складах, защищенных от грызунов. Для специфической профилактики разработана убитая вакцина.

## **КЛЕЩЕВОЙ ЭНЦЕФАЛИТ**

**Головин И.И., Латифуллина Ч.Р.**  
**Казанский государственный медицинский университет**  
**Научный руководитель – к.м.н., доц. Валеева Ю.В.**

В последние годы в Республике Татарстан участились случаи нападения клещей на человека не только в сельской местности, но и в городах. Многие из них инфицированы вирусом клещевого энцефалита.

Цель: анализ заболеваемости клещевым энцефалитом по Республике Татарстан

Клещевой энцефалит - вирусная инфекция, поражающая центральную и периферическую нервную систему, тяжкие осложнения которой могут вылиться в паралич, либо летальный исход.

Возбудитель клещевого энцефалита - РНК-содержащий вирус, относящийся к флавивирусам.

Основным резервуаром вируса клещевого энцефалита в природе являются его главные переносчики - иксодовые клещи.

Пути передачи: трансмиссивный (при укусе клещей), алиментарный (при употреблении сырого козьего молока).

В Республике Татарстан за период с 2002 по 2011 гг. зарегистрировано 35 случаев клещевого вирусного и клещевого весенне-летнего энцефалита.

Для диагностики клещевого энцефалита используют молекулярно-генетический метод. Материалом является кровь, цереброспинальная жидкость, клещи. Определение вирусной РНК проводят с помощью ПЦР. ПЦР диагностика возможна по фрагментам клеща.

Выделение вируса из крови и спинно-мозговой жидкости, а также внутренних органов и мозга умерших проводят путем введения материала в мозг новорожденным белым мышам.

При серологическом исследовании материалом являются парные сыворотки больного. Проводят определение нарастания титра антител в парных сыворотках по реакциям РТГА и ИФА.

Для неспецифической профилактики клещевого энцефалита используют репелленты, защитную одежду, проводят дезинсекцию. Не рекомендуется употребление сырого молока.

В течение первых суток присасывания клеща - экстренная профилактика донорским иммуноглобулином, который предназначен для немедленной специфической профилактики клещевого энцефалита.

Эффективной защитой от клещевого энцефалита является вакцинация.

Необходима ревакцинация, так как при использовании убитых вакцин развивается кратковременный иммунитет.

## **ТОRCH- ИНФЕКЦИИ**

**Головин И.И., Сунгатов Б.Д.**  
**Казанский государственный медицинский университет**  
**Научный руководитель – к.м.н., доц. Валеева Ю.В.**

К группе ToRCH-инфекций относят токсоплазмоз (Toxoplasmosis), краснуху (Rubella), цитомегаловирусную инфекцию (Cytomegalovirus) и герпес вирусные инфекции (Herpes simplex virus).

Цель: анализ методов диагностики ToRCH- инфекций у женщин, которые планируют беременность, беременных и новорожденных.

Возбудители ToRCH-инфекций во время беременности могут оказывать пагубное действие на все системы и органы плода, особенно на его центральную нервную систему, повышая риск выкидыша, мертворождения и врожденных уродств ребенка, формирования пороков его развития.

Симптомы клинических проявлений ToRCH-инфекций могут быть маловыражены или неспецифичны.

Диагностируют ToRCH - инфекции, исследуя кровь на наличие антител к возбудителям токсоплазмоза, краснухи, цитомегаловируса и герпеса.

Иммуноглобулины разных классов появляются на определенных стадиях иммунного ответа, поэтому их определение позволяет врачу определить стадию заболевания и прогнозировать риски.

Для выявления, как давно присутствуют антитела IgG в организме, проводят специальный тест на avidность антител IgG.

IgG в процессе развития иммунного ответа постепенно увеличивают прочность связывания с инфекционным агентом, что называется avidностью.

В самом начале IgG связывает возбудителя, но связь достаточно слабая – это низкоавидные. Через несколько недель антитела способны связывать свою мишень гораздо сильнее – это высокоавидные. Таким образом, появление низкоавидных антител показывает, что опасная встреча с возбудителем состоялась недавно.

Подтверждающие исследования: иммуноблот. Иммуноблот - высокоспецифичный и высокочувствительный метод. Суть метода иммуноблоттинга в том, что в процессе иммунного ответа организм вырабатывает антитела к разным белкам инфекционного агента в разное время. Например, при встрече с токсоплазмами происходит вначале появление антител IgG к ROP1, затем к белку MAG1, а позднее к белку SAG1. Выявление в сыворотке антител к каждому из этих белков указывает на определенный период заболевания.

Все эти инфекции объединяет одно: будучи относительно безобидными в обычное время, они становятся чрезвычайно опасными для беременных и плода. Именно поэтому сдавать анализы на наличие антител к возбудителям ToRCH-инфекций лучше, планируя беременность.

## **МИКРОБИОЛОГИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА МИКОПЛАЗМЕННЫХ УРЕТРИТОВ**

**Хусаинова Г.Х., Шакирова К.А.**  
**Казанский государственный медицинский университет**  
**Научный руководитель – к.б.н., доц. Савинова А.Н.**

Микоплазменные уретриты вызывают бактерии семейства Mycoplasmataceae Mycoplasma hominis, Mycoplasma genitalium и Ureaplasma urealyticum. Микоплазменные инфекции протекают в острой, но чаще хронической форме. Микоплазмы приводят к развитию хронических воспалительных процессов репродуктивной сферы, бесплодия мужчин и женщин, вызывают спонтанные аборт, внутриутробное поражение плода и аутоиммунные патологические состояния.

Вместе с тем носительство микоплазм не всегда свидетельствует о патологии.



Для микробиологической диагностики используют материал, полученный из уретры, влагалища, цервикального канала, а также мочу, секрет предстательной железы и эякулят. Для диагностики микоплазмозов используют полимеразную цепную реакцию в реальном времени (real-time ПЦР). Метод предназначен для качественного и количественного определения возбудителей. Однако данный метод имеет те же ограниченные возможности, поскольку трудно определить локализацию возбудителя при хронической инфекции. Кроме того, обсемененность микоплазмами наружных половых органов может отличаться от количества микоплазм во внутренних половых органах. Недостатком является также отсутствие стандартов забора материала для выделения возбудителей заболеваний, передающихся половым путем. Поэтому при получении положительного результата при исследовании урогенитального мазка-соскоба в ПЦР, производят посев того же материала на плотные питательные среды, после культивирования определяют количество колониеобразующих единиц, идентифицируют и определяют чувствительность к антибиотикам. При использовании жидких питательных сред определяют количество микоплазм. Отрицательный результат бактериологического исследования при положительном результате ПЦР может свидетельствовать о персистирующей инфекции. В настоящее время используют серологический метод для выявления антигенов микоплазм и уреоплазм в сыворотке крови и других субстратах с помощью ИФА и РИФ. Проводят также выявление IgM в парных сыворотках для подтверждения острой микоплазменной инфекции, и определение титров IgG и IgM в сыворотке крови при хронической инфекции.

#### **МИКРОБНАЯ ОБСЕМЕНЕННОСТЬ ДЕНЕЖНЫХ КУПЮР И МОНЕТ**

**Гизатулин Р.Р., Никитин Д.О.**  
**Казанский государственный медицинский университет**  
**Научный руководитель – к.м.н., доц. Валеева Ю.В.**

Современный человек живет в веке современных технологий и порой не задумывается, что его окружает. Мы живем в окружении микробов - самых маленьких обитателей нашей планеты. Их размеры измеряются в микро- и нанометрах, но опасность некоторых из них для человека велика. С денежными купюрами практически каждый день имеет дело любой человек, и они, конечно же, обсеменены различными микроорганизмами, среди которых могут быть возбудители инфекционных заболеваний.

Цель: изучить обсемененность денежных купюр и монет.

Материалы и методы. Для проведения экспериментов мы использовали 20 бумажных купюр достоинством 50 рублей и 20 купюр по 100 рублей, монеты по 5, 10, 50 копеек, а так же монеты 1, 2, 5, 10 рублей (всего 193 штуки), которые брали из собственных кошельков студентов и преподавателей. Для определения микробов кишечной группы с поверхности денег производили смывы стерильными ватными тампонами, смоченными в физиологическом растворе. Тампоны отмывали в физиологическом растворе и смывную жидкость сеяли на среду Кода двойной концентрации. Посевы инкубировали при температуре 37°C 24 часа. Наличие бактерий группы кишечной палочки определяли по изменению цвета среды Кода.

Результаты: В результате посева 20 купюр достоинством 50 рублей кишечная палочка была обнаружена в 2 случаях, 100 рублей – в 1 случае. При исследовании монет положительные результаты были выявлены в 5 случаях.

Вывод. На денежных купюрах и монетах различного достоинства содержатся бактерии кишечной группы, которые могут вызвать инфекционные заболевания.

#### **MALARIA IN INDIA**

**Bilal Pathan, Hanumant Desmukh**  
**Казанский государственный медицинский университет**  
**Научный руководитель – к.б.н., доц. Савинова А.Н.**

Malaria is a mosquito-borne infectious disease of humans and other animals caused by parasitic protozoans of the genus Plasmodium. Commonly, the disease is transmitted via a bite from an infected female Anopheles mosquito. In the blood, the protists travel to the liver to mature and reproduce. The signs and symptoms of malaria typically begin 8–25 days following infection; however, symptoms may occur later in those who have taken antimalarial medications as prevention. Initial manifestations of the disease may include headache, fever, shivering, joint pain, vomiting, hemolytic anemia, jaundice, hemoglobin in the urine, retinal damage, and convulsions. The classic symptom of malaria is paroxysm—a cyclical occurrence of sudden coldness followed by shivering and then fever and sweating. Five species of Plasmodium can infect and be transmitted by humans. The vast majority of deaths are caused by P.falciparum and P.vivax, while P.ovale and P.malariae cause a generally milder form of malaria that is rarely fatal. The zoonotic species P.knowlesi, prevalent in Southeast Asia, causes malaria in macaques but can also cause severe infections in humans. Malaria has been a problem in India for centuries. During the latter parts of nineteenth and early twentieth centuries, nearly one-fourth of India's population suffered from malaria, with the annual incidence estimated at around 75 million cases in 1953 and about 7-8 lakhs deaths annually. To combat this menace, the Government of India launched the National Malaria Control Programme in April 1953. The programme proved highly successful and the number of malaria cases significantly declined to just 100,000 in 1964. Encouraged by this, the programme was changed to a more ambitious National Malaria Eradication Programme in 1958. By 1961 the incidence dropped to a mere 50,00 cases a year. Study on the global malaria mortality between 1980 and 2010 estimated the malaria mortality in India in 2010 at 46,800.

For visitors to most parts of India, Doxycycline 100mg daily is advised as chemoprophylaxis for short term and Mefloquine 250mg weekly is advised for long term.

#### **МИКРОБИОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ КОСМЕТИЧЕСКИХ СРЕДСТВ**

**Мияссарова Г.М., Бухалова В.А.**  
**Казанский государственный медицинский университет**  
**Научный руководитель – к.б.н., доц. Савинова А.Н.**

Трудно представить нашу жизнь без парфюмерно-косметической продукции. Многие изделия необходимы для личной гигиены, остальные представляют собой декоративную косметику. Для защиты жизни и здоровья человека решением Комиссии Таможенного союза в 2011 году разработан Технический регламент Таможенного союза, в котором изложены требования безопасности: применение красителей и консервантов, разрешенных к использованию, требования к водородному показателю (pH), требования к токсикологическим и клинико-лабораторным показателям, а также микробиологическим показатели парфюмерно-косметической продукции.

Цель исследования: изучить микробную обсемененность образцов тональных кремов.

Материалы и методы: исследованы 6 образцов тонального крема различных наименований разных изготовителей (Maybelline, Vichy, L'Oréal). Данный вид косметики относят ко второй группе косметической продукции. Был произведен посев навесок тонального крема на питательные среды для выявления общего количества мезофильных аэробных и факультативно-анаэробных микроорганизмов, а также для выявления *Escherichia coli*, *Staphylococcus aureus*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Candida albicans*. При посеве крема Dream fresh BB (Maybelline) была обнаружена одна колониеобразующая единица (колония S типа). При микроскопии мазка обнаружены грамположительные кокки, расположенные беспорядочными скоплениями. Остальные микробы не выявлены.

Согласно Техническому регламенту общее количество мезофильных аэробных и факультативно-анаэробных микроорганизмов в данной группе косметики может содержать не более 10 колониеобразующих единиц в 1 г. Содержание *Escherichia coli*, *Staphylococcus aureus*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Candida albicans* не допускается.

Вывод: исследованные образцы тональных кремов соответствуют требованиям к микробиологическим показателям парфюмерно-косметической продукции.

## **ПРОГРЕССИРУЮЩИЙ КРАСНУШНЫЙ ПАНЭНЦЕФАЛИТ**

**Ибатуллин Б.Ш., Абдуллина А.А.**

**Казанский государственный медицинский университет**

**Научный руководитель - к.б.н., доц. Савинова А.Н.**

Краснуха - острое вирусное антропонозное заболевание. Вирус относится к семейству *Togaviridae* роду *Rubivirus*. Существуют две формы краснухи: приобретенная - при передаче вируса воздушно-капельным путем и врожденная краснуха - при внутриутробном трансплацентарном заражении плода.

Вирус краснухи относят также к факультативным возбудителям медленных вирусных инфекций. При персистенции вируса в организме может развиваться прогрессирующий краснушный панэнцефалит (ПКПЭ) - заболевание ЦНС, приводящее к летальному исходу. Впервые заболевание описано в 1974 году П.Лебон и Ж.Лион, вирус краснухи был выделен из мозга и крови больного. К настоящему времени известно несколько десятков случаев заболевания, все - у лиц мужского пола в возрасте 8 - 19 лет, особенно в начале периода полового созревания. Прогрессирующий краснушный панэнцефалит развивается чаще у больных с врожденной краснухой, также отмечены случаи появления симптомов ПСПЭ после перенесенной в детстве приобретенной краснухи. Больные с ПКПЭ не могут инфицировать окружающих, поскольку вирус не обнаружен в их выделениях.

Клинические проявления ПКПЭ - прогрессирующие неврологические расстройства: изменение поведения, эпилептические припадки. Впоследствии развиваются нарастающая деменция, атаксия, расстройства зрения, деменция. Нарушается мышечный тонус. Прогрессирует слабоумие. В терминальной стадии возникают приступы с утратой сознания.

В результате персистенции вируса в организме происходит образование лимфоцитарных и плазмоклеточных инфильтратов вокруг сосудов, глиальных узелков в коре, выпадение нейронов. При компьютерной томографии видна необструктивная гидроцефалия с сопутствующей атрофией коры, может быть снижена плотность белого вещества. Частицы вируса при электронной микроскопии не обнаружены, но в одном случае вирус краснухи был выделен из органной культуры мозга.

В цереброспинальной жидкости и сыворотке крови больного выявляют антитела к вирусу краснухи в высоких титрах с применением РСК и РТГА.

Лечение не разработано. Вакцинация против краснухи, проводимая во многих странах, является профилактикой ПКПЭ.

## **HYPOACTIVE SEXUAL DESIRE DISORDER IN WOMEN: AN EVOLVING UNDERSTANDING**

**Sharifah-Nafeesa S.N.**

**Казанский государственный медицинский университет**

**Научный руководитель - д.м.н., проф. профессор кафедры Байкеев Р.Ф., к.м.н. Дубивко**

Many clinicians have little knowledge regarding female sexuality and its impact on a woman's overall health. Low sexual desire in women is a complex condition involving a variety of issues. Social and religious influences have often defined women, and genital mutilation continues to exist in some cultures. Low desire may be particularly high among women in certain medical diagnoses, and women often do not report low sexual desire because of shame, embarrassment, or a discomfort discussing sexual issues. Untreated desire disorders may have profound implications for a woman and her partner. Hypoactive sexual desire disorder (HSDD), defined as "the deficiency or absence of sexual fantasies and desire for sexual activity," causes "marked distress or interpersonal distress." HSDD is the most common sexual disorder in women, affecting up to 1 in 10 women in the United States. Concern about low sexual desire may be present in 30% to 40% of women. Clinicians involved in women's health and infertility should be familiar with the issues related to HSDD and its potential impact on a woman's well-being, as well as the treatment modalities available to address this disorder.

## **НЕПСИХОТИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА СРЕДИ СТУДЕНТОВ ВЫСШИХ УЧЕБНЫХ ЗАВЕДЕНИЙ**

**Яковлева Е.С.**

**Казанский государственный медицинский университет**

**Научный руководитель - асс. Галиуллина Л.К.**

Цель исследования: выявить распространенность симптомов непсихотического уровня и влияние на их формирование социальных и биологических факторов для ранней профилактики пограничных психических расстройств.

Методы исследования: экспериментально-психологический, клинический.

Обследовано 91 студент 5 курса медицинского университета экспериментально-психологическим и клиническим методом обследования (по согласию студентов). Полученные результаты: установлено, что частота симптомов расстройств тревожного спектра составляет 9,9%, из них аналоги симптомов - 3,3%; симптомы - 6,6%. Распространенность симптомов депрессивного регистра составляет 24,2%, из них аналоги симптомов - 4,4%; симптомы 19,8%. Астенические расстройства выявлены у 14,3% обследованных, из них аналоги симптомов 1,1%; симптомы 13,2%. Расстройства конверсионного спектра выявлены у 19,8%, из них аналоги симптомов 4,4%; симптомы 15,4%. Обсессивно-компульсивные расстройства выявлены у 17,6%, из них аналоги симптомов у 3,3%, симптомы 14,3%. Вегетативные расстройства у 11%.

Установлена зависимость частоты распространенности симптомов: от мест проживания, от конфликтных отношений в родительской семье, от особенностей воспитания в детстве, от наличия невропатических черт в детстве; ценностных ориентаций студентов, от успеваемости в учебном вузе, от наличия конфликтов в студенческом коллективе. Установлена взаимосвязь степени выраженности расстройств непсихотического регистра со степенью социальной адаптации студентов.

Заключение: полученные данные свидетельствуют о необходимости раннего выявления групп риска формирования пограничных психических расстройств среди студентов высших учебных заведений для проведения адекватной психологической помощи и психотерапевтических мероприятий.

## **ПСИХОАНАЛИТИЧЕСКИЙ МЕТОД ИССЛЕДОВАНИЯ ИСТОРИИ ЖИЗНИ ПАЦИЕНТА С ЯДЕРНЫМ ГОМОСЕКСУАЛИЗМОМ**

**Якубова А.Ш., Горелкин И.В.,  
Казанский государственный медицинский университет  
Научный руководитель – д.м.н., проф. Шайдукова Л.К.**

При изучении истоков сексуальных девиаций, одним из ведущих методов исследования является психоаналитический, который позволяет ретроспективно проанализировать истоки нарушения сексуальной ориентации и определить возможности коррекции психической дезорганизации в последующие годы.

Цель исследования: изучение изменения и развития половой ориентации у пациента с ядерным гомосексуализмом.

Задачи: исследование взаимоотношений с матерью и роли первой психосексуальной травмы.

Материалы и методы: посредством метода психоанализа была проанализирована история жизни пациента, также использовалась шкала Кинси.

Результаты исследования: анализ истории жизни пациента С. позволяет выделить несколько этапов его сексуального развития.

Первый этап: до 3 лет. Этап половой индифферентности, на которой не удалось обнаружить признаков орально-анальной фиксации, что является целью следующих сеансов.

Второй этап: 3-7 лет. Этап выбора ролевых игр: «игры мальчиков» или «игры девочек». Пациент предпочел игры, характерные для девочек.

Третий этап: 7-11 лет. Обозначен нами как этап предпочтения микросоциума, то есть выбор между мужским или женским социумом.

Четвертый этап: 11-15 лет. Этап получения первой психосексуальной травмы.

Было также выявлено значение дефектного воспитания в форме гиперпротективного доминирования: повышенная опека вместе с репрессией со стороны матери.

Заключение: таким образом, в ходе исследования были выделены четыре этапа, предшествующие изменению сексуальной идентификации, возникшие на фоне деформирующего воспитания.

## **ПСИХАСТЕНИЧЕСКАЯ ЛИЧНОСТЬ: ВАРИАНТЫ ПСИХИЧЕСКОЙ ДЕЗАДАПТАЦИИ**

**Захарова Д.А.  
Казанский государственный медицинский университет  
Научный руководитель – д.м.н., проф. Шайдукова Л.К.**

Проблема личностных нарушений не перестает быть актуальной. Этим обусловлено наличие психологических служб, расширение психотерапевтической помощи лицам, испытывающим сложности психической адаптации. В этих случаях изучение особенностей личностных нарушений одного пациента не менее значимо, чем исследование большой группы лиц.

Цель: изучения вариантов психической дезадаптации у больного с психастенической структурой личности. Методы исследования: клинико-психопатологический и экспериментально-психологический (полный вариант ММРІ).

Результат. Были выделены следующие варианты дезадаптации у пациента с психастенической дезадаптацией:

1) диссомнический- симптом мыслительной жвачки перед засыпанием; 2) тревожный- ундулирующее состояние тревоги; 3) вегетативный-поверхностное кожное жжение; 4) ипохондрический- обострение мнительности соматической направленности; 5) аффективный- ситуационная субдепрессия, как привычная реакция на события. Вышеописанные варианты психической дезадаптации необходимо учитывать при проведении психотерапии и для составления индивидуальной коррекционной программы.

## **СИНДРОМ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ У СТУДЕНТОВ ФАКУЛЬТЕТА СОЦИАЛЬНАЯ РАБОТА**

**Борисова К.Е.  
Казанский государственный медицинский университет  
Научный руководитель – к.псх.н., доц. Ничипоренко Н.П.**

Синдрому эмоционального выгорания подвержены не только работающие люди, но и студенты.

Был проведен анализ состояния здоровья студентов медицинского вуза на факультете социальной работы в процессе профессионального становления, выявлены неблагоприятные факторы, пагубно влияющие на психическое и соматическое здоровье, уровень стресса сопротивления, что и проявляется в формировании синдрома эмоционального выгорания (СЭВ), поражающего до 40% обучающихся. В ходе собственного исследования выявлено, что синдром эмоционального выгорания у студентов может рассматриваться как проявление дистресса, индуцированного неоптимальными условиями обучения и проявляющегося индивидуальной комбинацией симптомов разного уровня в зависимости от исходных предрасполагающих личностных особенностей. При анализе причин снижения уровня здоровья и адаптационных возможностей студентов в процессе обучения одно из ведущих мест занимает проблема эмоционального напряжения, стрессов. Студенческая жизнь полна стрессогенных ситуаций, преобладающими причинами которых, по мнению большинства опрошенных респондентов, являются: 1) большая учебная нагрузка, 2) страх перед будущим, 3) нежелание учиться или разочарование в профессии.

С другой стороны, даже ранние стадии развития СЭВ негативно сказываются на стресс-реактивности студентов, делая их более уязвимыми к стрессорным факторам в процессе обучения. На заключительном этапе проведен анализ возможных путей и методов профилактики синдрома выгорания у студентов. По получаемым результатам разнообразны стратегии совладания с трудной ситуацией: обычно подразделяются на такие типы, как изменение ситуации; избегание ситуации; изменение отношения к ситуации; поиск помощи и поддержки. Также существуют некоторые рекомендации по коррекции организации учебного процесса и контроля знаний, что является эффективным способом предупреждения появления синдрома эмоционального выгорания у студентов факультета социальной работы.

## **ПОСЛЕРОДОВЫЕ ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА**

**Мансурова Л.Р.**

**Казанский государственный медицинский университет  
Научный руководитель – к.м.н., доц. Кузьмина С.В.**

### **1.Актуальность темы:**

Данная работа посвящена исследованию проблемы послеродовых расстройств.

Послеродовые расстройства являются серьезным психическим состоянием. Однако те, кто склонен к психозам в период после родов, как правило, раньше страдали от сильных эмоциональных колебаний в период перед менструацией.

До сегодняшнего дня не существует информации о четких причинах проявления подобного состояния у женщин после родов.

### **2.Цель исследования:**

Изучение послеродовых расстройств у женщин в послеродовом периоде

### **3.Материалы исследования**

Проведен обзор литературы, включая зарубежную литературу.

По данным источников научной литературы, распространенность проявления послеродовой депрессии достигает до 15 %. Только у 3% процентов женщин данное состояние регистрируется и лечится.

### **4.Результаты исследования:**

Результатом послеродовой депрессии является родовой акт, а также состояние усталости, истощения в послеродовом периоде. Считается, что психическая дисфункция после родов связана с резким уменьшением в организме количество гонадотропных гормонов, а также проявляется у женщин страдающих депрессивным состоянием в период вынашивания ребенка.

### **5.Вывод:**

На послеродовые расстройства влияние оказывают большое количество факторов, таких как: психологический, социальный и физический, но список их полностью не изучен и требует доработки.

## **ОСОБЕННОСТИ АДАПТАЦИИ УЧАЩИХСЯ 7, 10 КЛАССОВ В УСЛОВИЯХ ЛИЦЕЯ**

**Уразбахтина К.А., Кузьмин Н.**

**Казанский государственный медицинский университет  
Научный руководитель – к.м.н., доц. Кузьмина С.В.**

Психическое здоровье учащихся представляет собой важнейший медико-социальный ресурс страны, способствующий обеспечению её социального, экономического процветания, а также эффективности развития и оптимальному уровню качества жизни. В связи с этим, охрана и укрепление психического здоровья подростков является одной из важнейших медико-социальных задач современного государства, вставшего на путь создания общества с высоким уровнем развития экономики и культуры. По данным ВОЗ (1974), за 65 лет заболеваемость неврозами возросла в 24 раза, в то время как другими психическими болезнями - только в 16 раз. По более поздним данным ВОЗ, 45% всех психических заболеваний у детей связаны со стрессами.

Цель исследования. Определить уровень психического здоровья школьников подросткового возраста в условиях обучения в лицее.

Материал и методики. В исследовании приняли участие 139 учащихся старших классов. Работа проводилась в течение 2013-2014 гг. на базе МАОУ «Лицей № 131». Для донозологической оценки возможных невротических расстройств на первом этапе был использован Опросник невротизации под редакцией К.К. Яхина, Д.М. Менделевича, адаптированный для лиц подросткового возраста. Использовались методики статобработки данных.

### **Результаты исследования:**

Состояние неустойчивой психической адаптации по шкале «истерические нарушения» почти в два раза (26% против 12%) встречались среди учащихся 7 классов, также значительное превышение выявлено по шкале «обсессивно-фобических нарушений» (35% у семиклассников против 23% среди учеников 10 классов), при этом депрессивный компонент и вегетативные неустойчивые состояния преобладают у учащихся 10 классов (21% против 17% и 14% против 9% соответственно).

### **Вывод:**

Оценка состояний психической дезадаптации показывает, что по всем шкалам, с той или иной степенью разницы, нарушения преобладают среди учащихся 7-х классов, что позволяет предположить, либо «отсев» лиц, у кого состояния дезадаптации трансформировались в пограничные личностные нарушения, либо со временем снизились до уровня неустойчивой или стабильной адаптации. Для того, чтобы ответить на это вопрос, необходимо продолжить наше исследование.

## **ТРАНСКУЛЬТУРАЛЬНАЯ СТРУКТУРА ПСИХИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ РМЭ. НА ПРИМЕРЕ ВОЛЖСКОГО РАЙОНА РМЭ.**

**Жидяевский А.Г.**

**Казанский государственный медицинский университет  
Научный руководитель – к.м.н., асс. Г.В. Орлов**

Цель: изучение распределения наиболее часто встречающихся психиатрических нозологических форм среди населения Волжского района РМЭ с учетом национально-культурального феномена.

Методы: анализ амбулаторных карт и отчетов о заболеваниях психическими расстройствами 1210 пациентов, состоящих на учете: по состоянию на август 2013 года; проведена статистическая обработка полученных данных.

Материал: данные амбулаторных карт пациентов, состоящих на диспансерном наблюдении в Волжском районе РМЭ (в том числе пациенты, состоящие на активном диспансерном наблюдении), статистический отчет с по Волжскому району за 2010 год.

Актуальность: ранее была защищена докторская диссертация Реверчук Игорем Васильевичем, на тему: «Роль этнического самосознания в клинической динамике пограничных психических расстройств (на примере славян и финно-угров)». В этой работе было подробно изучены пограничные расстройства у финно-угорских народов. В своей работе на примере, Волжского района, как самого большого района РМЭ, сделано исследование таких нозологических форм как, F 00-0, F 20-29, F 70-79, в сравнении марийцев как представителей финно-угорских народов с самыми большими представителями

национальностей: русскими и татарами, и между собой для определения степеней риска развития какой-либо психиатрической патологии.

Систематизировав данные о количественном составе национальностей по нозологическим формам, а также внутри этой группы - по полу, были выявлены самые большие по численности патологии среди населения: деменции (F00.00-09), шизофрении (F20.00-29.00), умственные отсталость (F 70.00-79.00). В отдельную группу для изучения были включены пациенты, находящиеся на активном диспансерном наблюдении, которые прошли принудительное лечение в психиатрической больнице закрытого типа. В том числе было сделано разбирательство пациентов по процентному составу от общего количества состоящих на учете. Было выявлено наиболее частые патологии среди национальностей и выявлена связь с половой принадлежностью. В результате исследования, было выявлено, что относительный риск развития заболеваниями (F00.00-09.00) у татар-женщин в сравнении с мари-женщинами и с русскими женщинами составила практически в 2 раза. Также риск развития (F20.00-29.00) у мужчин татар и женщин выше чем у мари мужчин и мари женщин. В том числе было выявлено, что риск развития у татар мужчин выше, чем у русских мужчин. Среди заболеваний (F 70.00-79.00) присутствует относительный высокий риск развития у мари-женщин в общем, и мужчин в частности, по сравнению с русским населением. Также среди пациентов, находящихся на активном диспансерном наблюдении: риск развития заболеваний (F00.00-09.00) у мари-женщин выше, чем у татар-женщин; у русских женщин, выше чем у женщин татар. Заболевания (F 70.00-79.00) у мари мужчин выше чем у татар мужчин; у русских мужчин, чем у татар мужчин; у татар женщин выше, чем у русских женщин более чем в 6 раз.

Вывод: в результате исследования были выявлены относительные риски развития наиболее частых психических заболеваний среди самых крупных национальных групп населения Волжского района РМЭ.

## **МОЛЕКУЛЯРНАЯ И КЛЕТочНАЯ МЕДИЦИНА**

### **ИММУНОГИСТОХИМИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ БЫСТРОЙ И МЕДЛЕННОЙ СКЕЛЕТНЫХ МЫШЦ КРЫСЫ ПОСЛЕ ЧАСТИЧНОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ СПИННОГО МОЗГА**

**Зарубина В.Н., Мухаметшина Я.О.**  
**Казанский государственный медицинский университет**  
**Научный руководитель – д.б.н., проф. Валиуллин В.В.**

Общепринято, что мотонейроны оказывают на скелетные мышцы нейротрофическое влияние, поддерживая дифференцированное состояние мышечных волокон (МВ) за счет импульсной активности и материала, переносимого аксонным транспортом. Вот почему, любые нарушения нейротрофического контроля изменяют разнообразные характеристики МВ. Факт трансформации быстрых волокон в медленные и наоборот доказан на различных экспериментальных моделях. Прямая низкочастотная стимуляция (10 Гц) быстрой мышцы индуцирует в ней трансформацию быстрых МВ в медленные, а при высокочастотной стимуляции (100 Гц) медленной мышцы, в ней происходит трансформация медленных МВ в быстрые. Аналогичные изменения в МВ показаны в опытах с перекрестной иннервацией быстрой и медленной мышц. Вместе с тем не ясно как могут изменяться различные характеристики мышц различных фенотипов после повреждения спинного мозга, когда связь МВ с двигательными нейронами сохранена. Ранее нами уже было показано, что пирамидная и экстрапирамидная системы контролируют фенотип МВ, по-видимому, модулируя экспрессию нейротрофических факторов мотонейронами спинного мозга. С целью выяснения вклада каждой из этих систем (головного и спинного мозга) в регуляцию фенотипа скелетных мышц нами было предпринято иммуногистохимическое изучение быстрой подошвенной и медленной камбаловидной мышц крысы после частичного повреждения спинного мозга. Установлено, что через 3 месяца после перерезки спинного мозга на уровне T11-T12 позвоночного столба в медленной мышце иммуногистохимический профиль не изменяется, а в быстрой происходит незначительное возрастание доли медленных МВ. Предварительный анализ данных позволяет предположить, что именно двигательные центры головного мозга являются первичными модуляторами фенотипа скелетной мышцы, а мотонейроны спинного мозга служат посредниками между первым нейроном коры головного мозга и его мишенью – МВ скелетной мышцы.

### **ИЗУЧЕНИЕ ПОЛИМОРФИЗМОВ ГЕНОВ AGTR1 И REN У РОССИЙСКИХ СПОРТСМЕНОВ**

**Мустафина Л.Д., Альметова Р.Р., Егорова Э.С.**  
**Казанский государственный медицинский университет**  
**Научный руководитель – д.м.н., доц. Ахметов И.И.**

Для практики спорта особую важность все более приобретает использование генетических маркеров, что позволяет значительно расширить возможности и точность прогнозирования и отбора в спорте. Для исследования в качестве предполагаемых генетических маркеров были выбраны полиморфизмы генов AGTR1 и REN.

Целью исследования явилось изучение ассоциации полиморфизмов генов AGTR1 и REN с предрасположенностью к занятиям спортом, а также с показателями состава тела, у российских спортсменов и лиц контрольной группы.

В исследовании полиморфизма гена AGTR1 приняли участие 223 спортсмена и 111 человек контрольной группы. 268 спортсменов и 151 человек контрольной группы были задействованы для исследования полиморфизма гена REN. В соответствии с типом энергообеспечения тренировочной нагрузки мы разделили виды спорта на 3 группы. Полиморфизмы генов AGTR1 и REN определяли методом ПЦР в реальном времени.

При анализе A1166C полиморфизма гена AGTR1 были выявлены статистически значимые различия по распределению генотипов между спортсменами ациклических (игровые виды, единоборства) видов спорта ( $P=0,009$ ), спортсменами скоростно-силовых видов спорта ( $P=0,036$ ) и всеми спортсменами ( $P=0,038$ ) по сравнению с контрольной группой. На уровне тенденции установлено, что частота А аллеля выше среди спортсменов видов спорта на выносливость (80,6 против 71,4%), а частота С аллеля выше среди спортсменов скоростно-силовых видов спорта (28,6 против 19,4%) ( $P=0,066$ ). Также на уровне тенденции была обнаружена ассоциация С аллеля с более высоким значением относительной мышечной массы у элитных спортсменов ( $P=0,073$ ).

При анализе A83G полиморфизма гена REN наблюдаются статистически значимые различия по частоте G аллеля среди спортсменов скоростно-силовых видов спорта по сравнению с контрольной группой (78 против 68%,  $P=0,021$ ). Также можно отметить наличие взаимосвязи A83G полиморфизма гена REN с показателями мышечной массы у элитных спортсменов.

Таким образом, можно предположить, что A1166C полиморфизм гена AGTR1 и A83G полиморфизм гена REN ассоциируются с предрасположенностью к занятиям спортом, при этом AGTR1 C аллель и REN G аллель можно рассматривать как кандидаты в маркеры силы.

### **МОРФОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ИЗМЕНЕНИЙ В МЫШЕЧНОЙ ТКАНИ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМИ ОБЛИТЕРИРУЮЩИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ АРТЕРИЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ ПОСЛЕ КЛЕТОЧНОЙ ТЕРАПИИ**

**Гафиятуллина Г.Р., Муртазин А.И., Мавликеев М.О.**  
**Казанский государственный медицинский университет, Казанский (Приволский) федеральный университет**  
**Научный руководитель – д.м.н., доц. Гумерова А.А.**

Хронические облитерирующие заболевания артерий нижних конечностей (ХОЗАНК) – группа заболеваний, вызывающих прогрессирующую ишемию тканей, устойчивую к традиционной терапии. Общая распространенность заболеваний периферических артерий в России составляет 3-10% от общей численности населения. Доклиническими исследованиями доказана высокая эффективность клеточной терапии ХОЗАНК. Неисследованными остаются морфологические основы, определяющие эффект такой терапии, в частности, влияние введенных клеток на пролиферативный ответ мышечных волокон и на развитие фиброза.

Целью нашего исследования стал морфологический анализ изменений в мышечной ткани пациентов с ХОЗАНК после терапии аутологичными стволовыми клетками.

Исследование проведено на биоптатах икроножной мышцы пораженной конечности 30-ти больных ХОЗАНК, полученных до и через 3 месяца после внутримышечного введения мобилизованных аутологичных СК. Парафиновые срезы мышц окрашивали с помощью гематоксилин-эозина для анализа морфологических показателей мышечных волокон (диаметр, площадь поперечного сечения), по Массону для выявления коллагеновых волокон, иммуногистохимически с антителами к ядерному антигену пролиферирующих клеток (PCNA) для оценки пролиферации, с антителами к маркеру эндотелия CD34 для выявления капилляров. Производили морфометрический анализ образцов с использованием графического пакета ImageJ, подсчитывали число мышечных волокон и капилляров и определяли их соотношение. Статистическая обработка проведена с помощью программного пакета MS Excel.

Результаты исследования показали рост соотношения числа капилляров к числу мышечных волокон на 22,4% (с 1,52 до 1,86;  $p < 0,05$ ). Значительный прирост плотности капиллярной сети (на  $58,6 \pm 31,1\%$ ) сопровождал усиленную экспрессию PCNA, при меньших значениях прироста числа капилляров ( $10,3 \pm 26,7\%$ ) активная пролиферация не выявлена. Морфологический анализ выявил увеличение площади поперечного сечения мышечных волокон после проведенной терапии, что вместе с данными об увеличении экспрессии PCNA может свидетельствовать о регенерации мышечной ткани. Не удалось выявить различий в степени фиброза до и после терапии, что может свидетельствовать об отсутствии прогрессирования заболевания.

### **ЭКСПРЕССИЯ РЕЦЕПТОРА ФАКТОРА СТВОЛОВЫХ КЛЕТОК В ПРОЦЕССЕ РЕГЕНЕРАЦИИ ПЕЧЕНИ КРЫС ПОСЛЕ ОСТРОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ И ТРАНСПЛАНТАЦИИ ЗВЕЗДЧАТЫХ КЛЕТОК ПЕЧЕНИ**

**Сайфуллина К.Н., Бурганова Г.Р., Мухина В.В.**  
**Казанский государственный медицинский университет, Казанский (Приволский) федеральный университет**  
**Научный руководитель – к.м.н., доц. Титова М.А.**

В настоящее время появляется все больше данных о том, что звездчатые клетки печени (ЗКП) могут выполнять роль региональных стволовых клеток (СК) печени. C-kit – один из маркеров СК. Целью нашего исследования стало изучение экспрессии рецептора фактора стволовых клеток C-kit в регенерирующей печени крыс на моделях острого повреждения печени.

Материалы и методы. Исследование было проведено на белых лабораторных крысах. Были использовали модели острого повреждения печени – частичная гепатэктомия (ЧГ) и токсическое повреждение печени четыреххлористым углеродом (ЧХУ) с предварительным введением 2-ацетиламинофлуорена (ААФ) и трансплантацией нативных или активированных *in vivo* ЗКП. ЧХУ и ААФ вводили крысам внутривенно. ААФ вызывает блокирование пролиферации гепатоцитов. *In vivo* активацию ЗКП проводили путем введения нитрата свинца в хвостовую вену крыс, через 2 сут. ЗКП были выделены из печени крыс методом коллагеназно-пропазовой перфузии. Клетки трансплантировали в воротную вену крыс-реципиентов. Животных выводили из эксперимента через 1, 2, 5, 7 и 14 сут. после введения ЗКП. Контрольной группе в хвостовую вену вводили PBS. Парафиновые срезы окрашивали иммуногистохимически с использованием антител против C-kit.

Результаты. В норме, как и в контрольных группах, C-kit+ клетки в печени не обнаруживаются. При введении активированных ЗКП на модели ЧГ на сроках от 3 до 7 сут. перипортально и в паренхиме печени наблюдаются C-kit+ мелкие округлые клетки, число которых достигает максимума через 3 сут. На модели с повреждением печени ЧХУ пик экспрессии C-kit выявлен через 7 сут. Часть клеток имела размеры и форму гепатоцитов, другие были представлены мелкими округлыми клетками. В случае введения нативных ЗКП на модели ЧГ максимальное количество C-kit+ клеток с идентичным фенотипом выявлено через 1 сутки, на модели с повреждением печени ЧХУ – через 5 суток.

Вывод. На моделях острого повреждения печени с введением ААФ активация стволового компартмента происходит быстрее после введения нативных ЗКП, чем после трансплантации активированных ЗКП.

### **ОЦЕНКА МОРФОМЕТРИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ, ПРОЛИФЕРАЦИИ И СТЕПЕНИ ФИБРОЗА МЫШЕЧНОЙ ТКАНИ ПАЦИЕНТОВ С КРИТИЧЕСКОЙ ИШЕМИЕЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ ПОСЛЕ ГЕННОЙ ТЕРАПИИ**

**Муртазин А. И., Гафиятуллина Г.Р., Мавликеев М.О.**  
**Казанский государственный медицинский университет, Казанский (Приволский) федеральный университет**  
**Научный руководитель – д.м.н., доц. Гумерова А.А.**

Заболевания артерий нижних конечностей – одна из частых причин инвалидизации трудоспособного населения старше 40 лет в РФ. Данные заболевания сопровождаются хронической ишемией нижних конечностей, в части случаев наблюдается прогрессирование симптомов с развитием критической ишемии нижних конечностей (КИНК), которая ведет к необратимому фиброзу мышечной ткани и угрожает гангреной конечности. Возможности лечения КИНК резко ограничены и зачастую сводятся к ампутации конечности.

Целью нашего исследования стала оценка морфометрических показателей (диаметр, площадь поперечного сечения) мышечных волокон, пролиферации и степени фиброза мышечной ткани пациентов с КИНК после прямой генной терапии сосудистым эндотелиальным фактором роста (vascular endothelial growth factor – VEGF) и основным фактором роста фибробластов (basic fibroblastic growth factor – bFGF).

10-ти пациентам РКБ МЗ РТ с КИНК была произведена внутримышечная инъекция двухкассетного экспрессионного плазмидного вектора rBud-VEGF165-FGF2, обеспечивающего одновременную экспрессию VEGF и bFGF, в количестве 500 мкг плазмидной ДНК. Парафиновые срезы биоптатов икроножных мышц, полученных до и через 3 месяца после инъекции, окрашивали с помощью гематоксилина и эозина для морфометрического анализа, по Массону для выявления коллагеновых волокон, иммуногистохимически с применением антител к ядерному антигену пролиферирующих клеток (PCNA) для оценки пролиферации. Окрашенные срезы подвергали морфологическому анализу с использованием графического пакета ImageJ. Статистическая обработка произведена с помощью программного пакета MS Excel.

Морфологический анализ позволил выявить увеличение числа PCNA-позитивных клеток в мышечной ткани после проведенной терапии. Можно предположить – активацию пролиферации эндотелиальных клеток и миосателлитов в результате проведенной терапии. Морфологический анализ не выявил значимых различий в степени фиброза и морфометрических показателей (диаметр, площадь поперечного сечения) мышечных волокон, до и после проведенной терапии, что говорит об отсутствии прогрессирования заболевания. Таким образом, терапия плазмидным вектором, обеспечивающим экспрессию VEGF и bFGF, способствует регенерации мышечных волокон и замедлению прогрессирования ишемии нижних конечностей.

## **ВЛИЯНИЕ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ЗВЁЗДЧАТЫХ КЛЕТОК ПЕЧЕНИ НА РЕГЕНЕРАЦИЮ ПЕЧЕНИ КРЫС ПОСЛЕ ЧАСТИЧНОЙ ГЕПАТЭКТОМИИ И ВВЕДЕНИЯ АЦЕТИЛАМИНОФЛУОРЕНА**

**Титова А.А., Певнев Г.О., Мавликеев М.О.**

**Казанский государственный медицинский университет, Казанский (Приволский) федеральный университет  
Научный руководитель – к.м.н., асс. Газизов И.М.**

Сегодня активно разрабатываются методы регенеративной медицины для терапии хронических заболеваний печени. Один из клеточных типов, который может быть использован в клеточной терапии этих заболеваний – звездчатые клетки печени (ЗКП). Целью нашего исследования стало изучение влияния трансплантации звездчатых клеток печени на регенерацию печени крыс после частичной гепатэктомии (ЧГ) и введения 2-ацетиламинофлуорена (ААФ).

Материалы и методы. Из печени интактных крыс выделяли ЗКП, метили вирусом, экспрессирующим зелёный флуоресцентный белок GFP. Сразу после ЧГ клетки вводили в воротную вену крысам, которым ежедневно в течение 5-ти дней до ЧГ и после ЧГ до выведения из эксперимента ежедневно внутрибрюшинно вводили ААФ. Животных выводили из эксперимента через 1, 2, 3, 5, 7 суток после трансплантации ЗКП. Образцы окрашивали иммуногистохимически с использованием антител к EGFP,  $\alpha$ -фетопротеину ( $\alpha$ -ФП) – маркеру гепатобластов, циткератину 19 (ЦК19) – маркеру гепатобластов и холангиоцитов.

Результаты. Через сутки после операции GFP+ гепатоциты не выявлены, они появляются и их число достигает максимума через 2-3 суток, а затем быстро снижается. В первые 2-е суток экспрессия GFP отмечена также в единичных перипортальных синусоидных клетках. На ранних сроках ЦК19 присутствовал только в холангиоцитах и единичных мелких клетках перипортально, число которых постепенно возрастало к 3-м суткам, а затем развивалась выраженная дуктулярная реакция. Уже через сутки после операции большинство гепатоцитов экспрессировало  $\alpha$ -ФП, многие гепатоциты имели два ядра. На всех сроках  $\alpha$ -ФП интенсивно экспрессировали также мелкие округлые клетки, расположенные перипортально и в синусоидах, а также синусоидные клетки. Через сутки число позитивных гепатоцитов резко снижалось, по-прежнему были видны позитивные двоядерные гепатоциты и синусоидные клетки, и через 2 недели в печени реципиентов можно было наблюдать лишь синусоидные клетки, экспрессирующие  $\alpha$ -ФП.

Выводы. Мы предполагаем, что на ранних сроках введенные ЗКП стимулируют активацию региональных стволовых клеток печени реципиентов, которые начинают экспрессировать ЦК19 и  $\alpha$ -ФП. Позднее (2-3 сутки по динамике экспрессии GFP) начинается дифференцировка трансплантированных ЗКП в гепатоцитарном направлении, которая носит менее выраженный характер.

## **ВЛИЯНИЕ ТРАНСПЛАНТАЦИИ АКТИВИРОВАННЫХ IN VIVO ЗВЕЗДЧАТЫХ КЛЕТОК ПЕЧЕНИ НА РЕГЕНЕРАЦИЮ ПЕЧЕНИ ПОСЛЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ ЧЕТЫРЕХХЛОРИСТЫМ УГЛЕРОДОМ И 2-АЦЕТИЛАМИНОФЛУОРЕНОМ**

**Шарипова Э.И., Мавликеев М.О., Титова А.А.**

**Казанский государственный медицинский университет, Казанский (Приволский) федеральный университет  
Научный руководитель – к.м.н., асс. Калигин М.С.**

В настоящее время применение звездчатых клеток печени (ЗКП) – один из перспективных методов для терапии хронических заболеваний печени, что связано с их возможной принадлежностью к популяции региональных стволовых клеток печени. Ранее была показана эффективность трансплантации активированных *in vivo* ЗКП крысам с токсическим повреждением печени четыреххлористым углеродом (ЧХУ). Цель исследования – изучение влияния трансплантации ЗКП, активированных *in vivo*, крысам с введением ЧХУ и 2-ацетиламинофлуорена (ААФ).

Материалы и методы: активацию ЗКП проводили путем введения в хвостовую вену крыс нитрата свинца. Через 2 суток из печени выделяли ЗКП, трансфецировали их геном зеленого флуоресцентного белка (EGFP) и вводили в воротную вену экспериментальной группы (ЭГ) крыс с острым повреждением печени ЧХУ. За 5 дней до и после операции крысам ЭГ внутрибрюшинно вводили ААФ, блокирующий пролиферацию гепатоцитов. Животных выводили из эксперимента через 1, 2, 3, 5, 7, 14 суток после введения клеток. Парафиновые срезы окрашивали иммуногистохимически с использованием антител к EGFP и маркерам: десмин – ЗКП, ЦК-19 – холангиоцитов,  $\alpha$ -SMA – миофибробластов,  $\alpha$ -ФП – гепатобластов, PCNA – пролиферирующих клеток. Контрольной группе (КГ) животных с повреждением печени ЧХУ и ААФ клетки не вводили.

Результаты: EGFP+ гепатоциты и синусоидные клетки были обнаружены в печени ЭГ крыс начиная с 3-х суток после введения клеток. В ЭГ и КГ ЦК-19 экспрессировали только холангиоциты. Экспрессия  $\alpha$ -ФП обнаружена в ЭГ с 3-х суток среди синусоидных и овальных клеток, перипортально и в паренхиме печени, в КГ – только на 7-е сутки в синусоидных клетках. Увеличение десмин+ клеток выявлено в ЭГ с максимумом на 3-и сутки, в КГ – в течение всего эксперимента. Экспрессия PCNA в ЭГ достигала максимума к 3 суткам, в КГ – в единичных синусоидных клетках на всех сроках. Ни на одном сроке  $\alpha$ -SMA+ клеток выявлено не было.

Вывод: трансплантированные активированные ЗКП участвуют в регенерации печени путем восстановления популяции гепатоцитов и синусоидных клеток, увеличивая скорость и активность регенерации.

## **РЕГЕНЕРАЦИЯ ПЕЧЕНИ ПРИ ЧАСТИЧНОЙ ГЕПАТЭКТОМИИ И ЧАСТИЧНОЙ ГЕПАТЭКТОМИИ С ВВЕДЕНИЕМ 2-АЦЕТИЛАМИНОФЛУОРЕНА**

**Певнев Г.О., Титова А.А., Латышев А.А.**

**Казанский государственный медицинский университет, Казанский (Приволжский) федеральный университет  
Научный руководитель – д.м.н., проф. Киясов А.П.**

Классической моделью регенерации печени является частичная гепатэктомия (ЧГ). В этой модели регенерация может происходить как за счет пролиферации гепатоцитов, так и за счет пролиферации других клеток печени. 2-ацетиламинофлуорен (AAF) является ингибитором пролиферации гепатоцитов, что делает его удобным инструментом для исключения внутреннего регенераторного потенциала печени за счет гепатоцитов.

Работа проведена на 36 беспородных крысах самцах. Животные были разделены на 2 группы: первой группе животных была проведена операция ЧГ по методике Хиггенса и Андерсона; второй группе животных в течение 5 дней вводили AAF, затем проводили операцию ЧГ, после чего продолжали вводить AAF до вывода крыс из эксперимента через 1, 2, 3, 5, 7, 14 суток после операции. Срезы окрашивали иммуногистохимическими методами с антителами к PCNA (ядерный антиген пролиферирующих клеток), десмину (маркер звездчатых клеток печени, ЗКП), цитокератину 19 (ЦК19, маркер холангиоцитов).

В печени крыс первой группы с 1-х суток после ЧГ появлялись PCNA+ гепатоциты, пик числа которых приходился на 2-е сутки, на 3-и сутки приходился пик пролиферации синусоидных клеток. Во второй группе наблюдали появление небольшого количества PCNA+ клеток в паренхиме и в желчных протоках на 2-е сутки после операции, на 5-е сутки клетки пролиферировали только в паренхиме. В обеих экспериментальных группах происходило увеличение десмин+ ЗКП начиная с 1-х суток, максимум приходился на 5-е сутки, на 14-е сутки количество десмин+ клеток возвращалось к норме. В первой группе было выявлено увеличение числа желчных протоков на 5-7 сутки после ЧГ, тогда как во второй группе начиная со 2-х суток мы наблюдали наличие позитивного окрашивания в мелких клетках овальной формы в перипортальных областях, на 5-е сутки позитивное окрашивание имело в гепатоцитах.

Результаты нашего исследования позволяют предположить, что блокирование пролиферативной активности гепатоцитов приводит к замедлению процессов регенерации печени, в процессе регенерации участвуют ЗКП и холангиоциты, но активация этих клеточных типов происходит позже активации гепатоцитов. Появление ЦК19+ клеток овальной формы может свидетельствовать об активации стволового компартмента, однако вопрос о происхождении этих клеток требует дальнейшего изучения.

## **РОЛЬ ЗВЕЗДЧАТЫХ КЛЕТОК ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В РЕГЕНЕРАЦИИ ОРГАНА НА ФОНЕ МЕДЬ-ДЕФИЦИТНОЙ ДИЕТЫ У КРЫС**

**Галявиева А.Р., Абдулхакова А.Р., Трондин А.А.**

**Казанский государственный медицинский университет, Казанский (Приволжский) федеральный университет  
Научный руководитель – к.м.н., доц. Абдулхаков С.Р.**

Предполагается, что звездчатые клетки поджелудочной железы играют важную роль в восстановлении ткани органа после повреждения.

Целью исследования стало изучение участия звездчатых клеток поджелудочной железы в ее регенерации на фоне медь-дефицитной диеты у крыс.

Материалы и методы. Эксперименты проведены на 24 белых крысах-самцах линии Вистар. Животные находились на медь-дефицитной диете с добавлением медь-связывающего вещества в течение 8 недель, затем были переведены на стандартный корм. Контрольные животные находились на стандартном корме в течение всего эксперимента. Животные выведены из эксперимента через 2, 4, 6, 8 недель диеты и через 2, 4, 6, 8 недель после отмены медь-дефицитной диеты. Гистологические срезы поджелудочной железы окрашивались иммуногистохимически с использованием антител к маркеру звездчатых клеток поджелудочной железы десмину.

Результаты. На фоне медь-дефицитной диеты отмечены признаки разрушения ацинарной ткани с сохранением протоковых структур и островков поджелудочной железы; аналогичная картина наблюдалась через 2 и 4 недели после перевода на стандартный рацион питания. Частичное восстановление ацинусов через 6 и 8 недель после отмены диеты. В контрольной группе животных при окрашивании с антителами к десмину выявлены единичные отростчатые десмин-позитивные клетки, преимущественно расположенные вокруг сосудов. Аналогичная картина наблюдалась через 2 и 4 недели кормления медь-дефицитной диетой.

Через 6 недель диеты отмечено более интенсивное окрашивание клеток по периферии островков, увеличилось число окрашенных отростчатых клеток в ацинусах. Через 8 недель диеты на фоне более интенсивного окрашивания клеток островков обнаружены отдельные отростчатые десмин-позитивные клетки, расположенные вокруг сосудов и перидуктулярно.

После отмены диеты отмечено увеличение числа десмин-позитивных клеток в ацинарной ткани. На фоне бледного окрашивания островковой ткани единичные десмин-позитивные клетки обнаружены в островках и на границе сохранившихся островков и формирующихся ацинусов.

Выводы. Увеличение числа звездчатых клеток поджелудочной железы, локализованных преимущественно в участках вновь формирующейся ацинарной ткани, на фоне ее повреждения и регенерации, по-видимому, отражает их участие в процессах восстановления ткани поджелудочной железы.

## **ПРОЛИФЕРАТИВНАЯ АКТИВНОСТЬ ГЕПАТОЦИТОВ ПОСЛЕ ЧАСТИЧНОЙ ГЕПАТЭКТОМИИ, ПОВРЕЖДЕНИИ ПЕЧЕНИ 2-АЦЕТИЛАМИНОФЛУОРЕНОМ И ТРАНСПЛАНТАЦИИ ЗВЕЗДЧАТЫХ КЛЕТОК ПЕЧЕНИ У КРЫС**

**Бурганова Г.Р., Мухамедов А.Р., Певнев Г.О.**

**Казанский государственный медицинский университет, Казанский (Приволжский) федеральный университет  
Научный руководитель – к.м.н., асс. Шафигуллина А.К.**

Несмотря на многолетние исследования регенерации печени, динамика пролиферации гепатоцитов и регенераторного ответа до конца не изучена. Одним из наиболее информативных маркеров пролиферативной активности клеток печени является ядерный антиген пролиферирующих клеток (PCNA).

Целью нашего исследования стало изучение экспрессии PCNA в печени крыс после частичной гепатэктомии (ЧГ) или ЧГ и повреждения печени 2-ацетиламинофлуореном (AAF) с последующей трансплантацией свежесыворотных или активированных звездчатых клеток печени (ЗКП).



Материалы и методы. ААФ вводили крысам внутривенно в течение пяти дней до операции, а также после операции до выведения из эксперимента. ЗКП активировали путем введения нитрата свинца в хвостовую вену крыс, через 2 суток ЗКП были выделены из печени крыс методом коллагеназно-пропазовой перфузии с разделением на градиенте плотности гистоденза. После этого клетки трансплантировали в воротную вену крыс-реципиентов. Животных выводили из эксперимента через 1, 2, 3, 5, 7, и 14 суток. Парафиновые срезы печени окрашивали иммуногистохимически с использованием коммерческих моноклональных антител к PCNA.

Результаты. PCNA-позитивные клетки были обнаружены во всех экспериментальных образцах, причем динамика их количества отличалась в зависимости от модели повреждения и срока эксперимента. Так, при ЧГ и трансплантации ЗКП максимальная пролиферативная активность гепатоцитов наблюдается на 2-е сутки, и к 5-7 суткам снижается до нормы, что соответствует показателям группы животных, которым ЗКП не вводились. При ЧГ с введением ААФ и трансплантацией ЗКП максимальное число PCNA-позитивных гепатоцитов также наблюдалось на 2-е сутки и снижалось до нормальных показателей к 5-7 суткам, хотя у контрольной группы (с ЧГ и введением ААФ, но без трансплантации ЗКП) пролиферирующих гепатоцитов не было обнаружено.

Выводы. 2-Ацетилминофлуорен блокирует пролиферацию гепатоцитов у крыс с ЧГ, а введение ЗКП крысам с повреждением печени активирует пролиферацию гепатоцитов и, вследствие этого, способствует ее регенерации.

## **ВЛИЯНИЕ МЕЖКЛЕТОЧНЫХ ВЗАИМОДЕЙСТВИЙ НА КОЛИЧЕСТВО ШВАНОВСКИХ КЛЕТОК В СЕДАЛИЩНОМ НЕРВЕ КРЫС**

**Зиннуров Р.Р.**

**Казанский государственный медицинский университет**

**Научный руководитель – д.м.н., доц. Рагинов И.С.**

Шванновские клетки имеют ключевую значение для посттравматической регенерации периферического нерва. В свою очередь регенерирующие отростки нейронов и мигрирующие в область травмы макрофаги выделяют факторы стимулирующие пролиферацию и выживание шванновских клеток. Цель данной работы оценить вклад межклеточных взаимоотношений в изменение количества шванновских клеток после травмы седалищного нерва у крыс.

В эксперименте было использовано 28 беспородных крыс-самцов, которые были поделены на 4 группы по 7 животных в каждой. Первая группа — передавливание седалищного нерва по стандартной методике (воздействие на шванновские клетки макрофагов и регенерирующих аксонов), вторая группа — лигирование нерва (сохраняется влияние макрофагов, регенерирующих аксонов нет), третья группа — трансплантация фрагмента седалищного нерва в переднюю камеру глаза (отсутствует влияние макрофагов и аксонов), четвертая группа — контроль (травму седалищного нерва не производили). Через 30 суток после операций у животных выделяли: дистальный фрагмент травмированного нерва (после передавливания или лигирования), трансплантированный нерв из передней камеры глаза и участок нерва на середине бедра у контрольных животных. Материал фиксировали в формалине и на парафиновых срезах при помощи антител к белку S100 иммуногистохимически выявляли шванновские клетки и подсчитывали их общее количество в поперечном сечении.

Количество шванновских клеток возросло после передавливания нерва на 84,6 % ( $P < 0,05$ ), после лигирования на 139,1 % ( $P < 0,05$ ) и после трансплантации в переднюю камеру глаза на 7,9 % ( $P > 0,05$ ). Полученные данные указывают на большое значение ауто- и паракринной регуляции количества шванновских клеток.

## **ИЗУЧЕНИЕ АССОЦИИИ ПОЛИМОРФИЗМОВ ГЕНОВ, РЕГУЛИРУЮЩИХ МЕТАБОЛИЗМ, С ПРЕДРАСПОЛОЖЕННОСТЬЮ К ЗАНЯТИЯМ ГРЕБЛЕЙ И СОСТАВОМ ТЕЛА**

**Егорова Э.С., Мустафина Л.Д., Мустафина М.М.**

**Казанский государственный медицинский университет**

**Научный руководитель – д.м.н., доц. Ахметов И.И.**

Академическая гребля представляет собой циклический вид спорта с проявлением выносливости и скоростно-силовых качеств. Определение генетического потенциала комплексного развития этих качеств позволило определить предрасположенность к академической гребле и наилучшим образом оптимизировать тренировочный процесс.

Цель исследования заключалась в изучении ассоциации полиморфизмов генов ADRB3, FABP2, FTO, MTFHR, PPARA, PPARG, PPARGC1A, SHBG и UCP2 с предрасположенностью к занятиям академической греблей, а также в выявлении взаимосвязи данных полиморфизмов генов с мышечной и жировой массой тела у гребцов-академистов.

Методы. В исследовании приняли участие 78 спортсменов, занимающихся академической греблей различной квалификации и 813 человек контрольной группы. Анализ полиморфизмов генов ADRB3, FABP2, FTO, MTFHR, PPARA, PPARG, PPARGC1A, SHBG и UCP2 осуществляли с помощью полимеразной цепной реакции. Состав тела у гребцов-академистов анализировали с помощью биоимпедансного метода.

Результаты настоящего исследования выявили ассоциацию полиморфизмов генов PPARA и PPARG с предрасположенностью к занятиям академической греблей. Частота С аллеля полиморфизма G/C PPARA (18,0 против 15,8%,  $P=0.0011$ ) и частота С аллеля полиморфизма T/C PPARG (21,7 против 13,9%,  $P=0.013$ ) были статистически значимо выше, чем в контрольной группе.

Кроме того, результаты корреляционного анализа продемонстрировали взаимосвязь полиморфизмов генов: MTFHR с мышечной массой ( $P=0.0286$ ,  $r=-0.4565$ ) и жировой массой тела ( $P=0.0286$ ,  $r=0.4563$ ) у мужчин; FTO с жировой массой у женщин ( $P=0.0084$ ,  $r=0.5592$ ); ADRB3 с мышечной массой у мужчин ( $P=0.0322$ ,  $r=0.4476$ ) и женщин ( $P=0.0299$ ,  $r=0.5119$ ); PPARGC1A с мышечной массой у женщин ( $P=0.0333$ ,  $r=0.8783$ ); PPARG с мышечной массой тела у женщин ( $P=0.0188$ ,  $r=0.4491$ ) и жировой массой тела у мужчин ( $P=0.0266$ ,  $r=0.4617$ ) и у женщин ( $P=0.0319$ ,  $r=0.4138$ ); SHBG с мышечной массой тела ( $P=0.025$ ,  $r=0.4874$ ) и жировой массой ( $P=0.025$ ,  $r=-0.4874$ ) тела у мужчин.

Заключение. Таким образом, полиморфизмы генов ADRB3, FTO, MTFHR, PPARA, PPARG, PPARGC1A и SHBG могут быть использованы в качестве генетических маркеров спортивной деятельности и для коррекции состава тела гребцов-академистов.

## **ОЦЕНКА РОЛИ P2Y-РЕЦЕПТОРОВ В ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОЙ РЕГЕНЕРАЦИИ СЕДАЛИЩНОГО НЕРВА КРЫСЫ**

**Маркунина А.А.**  
**Казанский государственный медицинский университет**  
**Научный руководитель – д.м.н., доц. Рагинов И.С.**

В спинномозговых узлах по морфо-функциональным признакам различают большие проприоцептивные нейроны, формирующие миелиновые волокна и малые болевые нейроны, которые имеют безмиелиновые отростки. В последние годы активно исследуют влияние P2Y-рецепторов на клетки нервной системы. Было показано, что P2Y-рецепторы участвуют во всех ключевых внутриклеточных процессах: пролиферация, миграция, дифференцировка и апоптоз. Большие нейроны экспрессируют P2Y<sub>4</sub>-рецепторы, а малые нейроны P2Y<sub>1</sub>. Глиальные клетки – шванновские и клетки-сателлиты экспрессируют соответственно P2Y<sub>2</sub> и P2Y<sub>12</sub>. Цель нашего исследования — оценить изменение количества регенерирующих миелиновых и безмиелиновых волокон в седалищном нерве крысы под влиянием неселективного блокатора P2Y-рецепторов — Reactive Blue 2.

В эксперименте были использованы 16 крыс-самцов. У всех животных однократно передавливали нерв при помощи микрохирургического кровоостанавливающего зажима типа “москит” длительностью 30 с по стандартной методике. Ширина передавленной части нерва составляла 2 мм. Дистальную часть травмированного участка метили наложением узла нитью 10/0. Рану зашивали послойно. На следующий день после операции 8 животным внутрибрюшинно вводили раствор Reactive blue 2 (30 мг/кг). Оставшимся 8 животным в аналогичных условиях вводили физиологический раствор. На 15 сутки после операции выделяли дистальный фрагмент нерва и фиксировали в глутаральдегиде и четырехокиси осмия, обезжизивали и заключали в эпон-аралдит. Поперечные полутонкие срезы нерва окрашивали метиленовым синим и использовали для подсчета количества миелиновых волокон. Подсчеты проводили на оптическом микроскопе (Jenaval) при увеличении х600 со встроенной окулярной сеткой. Количество безмиелиновых волокон подсчитывали с использованием электронного микроскопа (Hitachi). Результаты подсчетов во всех сериях обрабатывали по Стьюденту. К 15 суткам после передавливания нерва под влиянием Reactive Blue 2 не происходит изменение количества миелиновых, но на 73,8% уменьшается количество безмиелиновых волокон. Результаты нашей работы указывают на большое значение P2Y рецепторов в посттравматической регенерации нерва.

## **ПОВЕДЕНИЕ ГЛИИ ПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛА СПИННОГО МОЗГА МЫШИ ПРИ РАЗВИТИИ ГИПОГРАВИТАЦИОННОГО ДВИГАТЕЛЬНОГО СИНДРОМА**

**Повышева Т.В., Мухамедшина Я.О.**  
**Казанский государственный медицинский университет**  
**Научный руководитель – д.м.н., проф. Челышев Ю.А.**

В течение первых нескольких суток в условиях микрогравитации возникают нарушения моторного контроля и функции мышц, переходящие в гипогравитационный двигательный синдром. Остается малоизученным вопрос о влиянии невесомости на спинной мозг и на структурно-функциональные характеристики отдельных его компонентов. Среди глиальных клеток, чувствительных к действию различных сигналов в ЦНС, являются клетки макроглии. Астроциты и олигодендроциты, формируют глиальное микроокружение мотонейронов, влияют на состояние миелиновых волокон, тем самым обеспечивая нормальное функционирование двигательной системы.

Цель: Морфо-цитохимическая характеристика глии поясничного отдела спинного мозга с получением данных по их распределению в конкретных зонах серого и белого вещества с характеристикой их взаимодействия с нейронами в поясничном отделе спинного мозга мышей после 30-суточного космического полета (с 7суточным восстановительным периодом и без него) и на модели симуляции невесомости на Земле.

Методы: Иммуногистохимические реакции проводили на поперечных срезах поясничного отдела спинного мозга мышей после 30-суточного космического полета и симуляции невесомости на Земле. Для идентификации антигена срезы инкубировали с первичными антителами против глиального фибриллярного кислого белка (GFAP), белка S100B, белка миеллина олигодендроцитов (OSP) и транскрипционного фактора олигодендроцитов 2 (Olig2).

Результаты: Наибольшие количественные изменения при космическом полёте происходят в популяции S100B+-клеток, а наименьшие в популяции S100B+/GFAP+-клеток. Изменения со стороны экспрессии белка Olig 2 и OSP в макроглии после 30 суточного космического полёта не являются критичными, в связи с достаточно хорошей способностью к восстановлению их численности даже после непродолжительного 7суточного восстановительного периода.

Заключение: Анализ экспрессируемых белков GFAP, S100B, OSP и Olig2 свидетельствует о том, что модель антиортостатического вывешивания не в полной мере соответствует тем структурным изменениям в ткани спинного мозга, которые происходят при 30 суточном космическом полёте.

## **НЕВРОЛОГИЯ**

### **СТАТИСТИКА ИНСУЛЬТОВ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА В Г.ПЕРМИ**

**Кондратюк И.В.**  
**Пермская государственная медицинская академия**  
**Научный руководитель – д.м.н., доц. Малов А.Г.**

Инсульт (И) в детском возрасте встречается реже, чем у взрослых, но чаще, чем принято считать.

Цель исследования. Изучить заболеваемость различными видами И в детском возрасте в г. Перми за последние годы.

Задачи исследования. Проанализировать истории болезней детей с И.

Материалы и методы. На базе детского неврологического отделения ГДКБ № 9 им. П.И. Пичугина проанализированы истории болезней 25 детей с диагнозом «И», поступивших за период 2008 - 2013 гг.

Результаты исследования. Из 25 детей мальчиков было 15 (60%), девочек - 10 (40%). Возраст детей колебался от 1 месяца до 14 лет. Ребенок с неонатальным И в работу не включен. Все дети доставлены на «Скорой помощи» с подозрением на И из других больниц города, причем 16 - из нейрохирургического отделения ГКБ №1. В 2008 году поступили 5 детей, в 2009

- 4, 2010 - 3, 2011 - 1, 2012 - 7, 2013 - 5. С ишемическим И наблюдались 13 человек (52%), с геморрагическим – 12 (48%). Из 11 детей в возрасте до года геморрагический И возник у 8 (73%).

В большинстве наблюдений (18 детей - 72%) И возникал в каротидном бассейне и только у 7 детей (28%) – в вертебро-базиллярном. Среди неврологических проявлений доминировали центральные парезы: гемипарез слева отмечался у 9 детей (36%), справа – у 8 (32%), тетрапарез – у 4 (16%).

Выводы. Таким образом, проведенный статистический анализ демонстрирует неравномерную заболеваемость детей инсультами по годам. Уточнение причин этой неравномерности и определение этиологии инсультов требует дальнейшего изучения.

#### **ПОКАЗАТЕЛИ ВЕГЕТАТИВНОГО ГОМЕОСТАЗА И ЭМОЦИОНАЛЬНО-ЛИЧНОСТНЫЙ ПРОФИЛЬ У ПАЦИЕНТОВ С МИГРЕНЬЮ.**

**Ткачева Е.С.**

**Казанский государственный медицинский университет**

**Научный руководитель – Овсянникова К.С., д.м.н. проф. Якупов Э.З.**

Мигрень - часто встречающийся тип вегетативной патологии, при котором подразумевается совокупность компонентов эмоционального и физического стресса с развитием психовегетативных реакций. В связи с этим актуально исследование вегетативного гомеостаза и эмоционально-личностного профиля у пациентов с мигренью. В настоящее время широкое распространение получил метод исследования вариабельности ритма сердца (ВРС), в качестве метода оценки адаптационных резервов организма и состояния вегетативной нервной системы (ВНС), так как он в целом отражает степень напряжения регуляторных систем на любое стрессовое воздействие.

Цель: оценить показатели вегетативного гомеостаза у пациентов с мигренью, в сочетании с эмоционально-поведенческими особенностями.

Материалы и методы исследования: в исследование было включено 45 пациентов: основную группу составили 30 пациентов с мигренью (по данным клинической картины), контрольную группу (КГ) – 15 пациентов, не страдающих данным видом головных болей.

Среди обследованных: 11,1% - мужчины, 88,9% - женщины; средний возраст составил  $21,5 \pm 1,2$  год.

Для оценки показателей функционального состояния ВНС использовался метод исследования ВРС при помощи аппарата «ВНС-спектр» (Нейрософт), однократно проводились кардиоваскулярные тесты. Тип темперамента определялся при помощи личностного опросника Г.Айзенка.

Полученные результаты: Согласно тесту Айзенка: 75% пациентов являются экстравертами, 25% интровертами. Данные ВРС демонстрируют, что в 86% случаев было установлен высокий уровень симпатических влияний и умеренный уровень вагальных и гуморально-метаболических (церебральных эрготропных) влияний в модуляции сердечного ритма. У 68% обследуемых отмечались умеренные нарушения кардиореспираторной синхронизации. В 72% выявлялось снижение адаптационных резервов организма, что свидетельствует о возможном срыве адаптации у пациентов с мигренью и о необходимости индивидуального подхода к выбору терапевтической стратегии.

#### **ПОСТИНСУЛЬТНЫЕ КОГНИТИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА У БОЛЬНЫХ В РАЗЛИЧНЫЕ ВОЗРАСТНЫЕ ПЕРИОДЫ**

**Хабибрахманов А.Н.**

**Казанский Государственный Медицинский Университет**

**Научный руководитель – д.м.н., проф. Менделевич Е.Г.**

После инсульта в первые 6 месяцев- 1 год у 30-70% больных диагностируются когнитивные нарушения. Постинсультная деменция – наиболее тяжелый вид когнитивной патологии составляет 7–40% и в значительной степени зависит от возраста пациента и тяжести перенесенного инсульта. Основные факторы риска когнитивной патологии после острого нарушения мозгового кровообращения: пожилой возраст, повторный характер инсульта, низкий уровень образования, выраженный лейкоареоз и/или атрофия гиппокампа по данным магнитно-резонансной томографии, левополушарная локализация инсульта. Важным фактором в реализации постинсультной деменции является предшествующая инсульту когнитивная патология.

Целью исследования: сравнительные исследования тяжести когнитивной патологии у больных разных возрастных групп, перенесших ишемический инсульт в пределах 1 года давности.

Материалы и методы исследования. 15 больных: 7 больных (1 гр.) в возрасте до 60 лет, 8 больных (2 гр.) в возрасте после 60 лет. Всем больным проведено тестирование по опроснику МоСа.

Результаты. Больные обеих групп не имели различий в давности инсульта и принципиальной тяжести в остаточном неврологическом дефекте. Исследование по тесту МоСа в 1 группе показало значения  $22 \pm 1,2$  балла, во 2 группе  $19 \pm 2,3$ . Полученные результаты показывают наличие когнитивной патологии в обеих группах. Однако тяжесть выраженности когнитивного дефекта во 2-й группе достигала большей тяжести – деменции средней тяжести.

Заключение. Сходный по типу ишемический инсульт у больных старшей возрастной категории осложняется большей тяжестью когнитивного дефекта.

#### **АЛКОГОЛЬНАЯ ЭПИЛЕПСИЯ**

**Попченко А.А., Епищева Ю.В.**

**Смоленская государственная медицинская академия**

**Научный руководитель – к.м.н., доц. Юрьева Н.В.**

Алкогольная эпилепсия – симптоматическая эпилепсия на фоне потребления спиртного, приступы повторяются независимо от употребления больным алкоголя.

Цель. Изучить особенности течения алкогольной эпилепсии, проанализировать статистические данные этой патологии у пациентов, поступивших в неврологическое отделение Смоленской ОКБ с диагнозом: «Алкогольная эпилепсия».

Методы. Обследовано 58 пациентов, поступивших в 2013 году во взрослое неврологическое отделение СОКБ, с диагнозом «Эпилепсия, состояние после эпилептических приступов», имеющих алкогольный анамнез. Проведена оценка анамнеза, типов приступов, неврологический осмотр, дополнительные методы (нейровизуализация, ЭЭГ, шкала MMSE оценки когнитивных функций, лабораторные анализы).

Результаты исследования. У 58 пациентов отмечено длительное (более 3-х лет), систематическое (более 3-х раз в неделю) употребление алкоголя, доза алкоголя не менее 200 мл за один прием. В неврологическом статусе у 100% пациентов выявлены признаки периферической алкогольной полинейропатии. Установлено преобладание приступов с вторичной генерализацией у 82,8% пациентов, 10,3% имели первично-генерализованные приступы, 6,9% – сложные парциальные приступы. По данным нейровизуализации у 10,3% пациентов отмечены изменения в головном мозге (рубцово-кистозные изменения посттравматического генеза у 83,3% пациентов, сочетающиеся с наличием стойкого очага эпилептиформной активности, у 16,7% пациентов – очаги сосудистого генеза), у 89,7% структурных поражений головного мозга не выявлено. По данным ЭЭГ у 69% пациентов – пограничный тип ЭЭГ с дезорганизацией основного ритма, у 20,7% – патологический тип ЭЭГ, доминирование процессов десинхронизации, отсутствие основного ритма в фоновой записи и при функциональных пробах. При исследовании функции печени (АЛТ, АСТ, ЛДГ) у 81% пациентов отмечалось их повышение, что свидетельствует о её токсическом поражении. По данным шкалы MMSE легкое снижение когнитивных функций (24-27 баллов) выявлено у 48,3% пациентов, снижение средней степени тяжести (20-23 балла) у 51,7%.

Выводы: пациенты с алкогольной эпилепсией, наряду с эпилептическими приступами, имеют неврологический дефицит в форме периферической полинейропатии, определенный тип изменений на ЭЭГ, умеренное и выраженное снижение когнитивных функций.

#### **СТЕПЕНЬ НАРУШЕНИЯ КОГНИТИВНЫХ ФУНКЦИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКИМ ИНСУЛЬТОМ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ОРГАНИЗАЦИИ ЛАТЕРАЛЬНОЙ ФУНКЦИИ**

**Катченкова М.С., Новикова Е.С.**  
**Смоленская государственная медицинская академия**  
**Научный руководитель – асс. Хамцова Е.И.**

Цель. Выявить зависимость между уровнем поражения головного мозга при ишемическом инсульте (ИИ) от организации латеральных функций и степени когнитивных нарушений.

Методы исследования. Основную группу составили 20 человек, страдающих ИИ, контрольную (К) – 20 условно здоровых добровольцев. Группы сопоставимы по полу и возрасту. В ходе исследования использовались опросник М. Аннетта, таблицы Шульце (Ш), Монреальская шкала когнитивной оценки (МОСА)

Результаты: В исследуемой группе – 12 правшей (П), 2 левши (Л) и 6 амбидексов (А). В группе контроля – 12 П, 1 Л, 7 А. Среди П поражение левой средней мозговой артерии (ЛСМА) (n=6), правой средней мозговой артерии (ПСМА) (n=3) и вертебро-базиллярной артерии (ВБА) (n=3). У Л поражена ПСМА в 100% случаев. У А уровень поражения на артерии – по 33,3%. Из К группы таблицы Шульце выполнили: П – за 41 секунд, Л – за 35 секунд, А – за 43 секунды. Хуже всех с этим заданием справились пациенты П с поражением ВБА (180секунд). За 120 секунд заполнили таблицы А с поражением ВБА и Л с нарушением ПСМА. При оценке результатов исследования когнитивных функций по МОСА выявлено, что у П с поражением ЛСМА наблюдается деменция умеренной степени выраженности (17,7±4 баллов). У П с нарушениями в ПСМА – легкие расстройства когнитивных функций (26,6±1,2), это же относится и к А с аналогичным уровнем поражения (20±2). Напротив, у пациентов с левой организацией латеральной функции выявлено, что при поражении ПСМА наступает легкая степень деменции (20±1 балл).

Вывод. Исходя из полученных данных, можно подтвердить доминирования полушарий по принципу организации латеральной функции. При этом можно отметить важное значение уровня поражения головного мозга. В нашем исследовании у пациентов с нарушениями в ВБА независимо от преобладания латеральной функции неврологическая симптоматика была наиболее яркой.

#### **ИЗМЕНЕНИЕ ГЛИКЕМИЧЕСКИХ КРИВЫХ В УСЛОВИЯХ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЙ АЛКОГОЛЬНОЙ ИНТОКСИКАЦИИ.**

**Акоелых М.В., Титовец Е.В., Филимонов С.А., Гаврик И.С.**  
**Смоленская государственная медицинская академия**  
**Научный руководитель – Тишкова Я.В.**

Целью данной работы явилось изучение некоторых показателей гликемических кривых при проведении модифицированного глюкозотолерантного теста в условиях острой экспериментальной алкогольной интоксикации у крыс.

В опыте были использованы белые беспородные самки крыс массой 180-200 г. Были предусмотрены контрольная (n 5) и опытная группа животных (n 10). Для получения алкогольной интоксикации опытным животным вводили полулетальную дозу 40% раствора спирта внутривенно в дозе 4 мл на 100 г массы тела, а крысам контрольной группы – эквивалентное количество физ. раствора. Через 2 часа от начала исследования всем животным проводили измерение уровня глюкозы в крови до и через 30, 45 и 60 минут после внутривенного введения 40% раствора глюкозы в дозе 0,25 мл на 100 г массы тела с помощью глюкометра.

Анализ полученных результатов показал, что у всех опытных крыс уровень глюкозы в крови через 2 часа после введения указанной дозы этанола был значительно ниже контрольных цифр. Средняя концентрация глюкозы в их крови составила 3,4 ммоль/л, что в 1,75 раза ниже, чем у контрольных животных ( $p < 0,05$ ). Через 30 минут после введения глюкозы ее содержание в крови опытных животных существенно не различалось по сравнению с контрольными данными (10,6 ммоль/л). Однако через 45 минут от начала теста полученные средние результаты составили 10,6 ммоль/л, что было выше контроля на 28% ( $p < 0,05$ ). Через 60 минут различия между полученными данными контрольных и опытных крыс также сохранялись (содержание глюкозы в крови опытных животных на 60 минуте теста оказалась 8,9 ммоль/л, а у контрольных – 7,6 ммоль/л,  $p < 0,05$ ).

Таким образом, полученные данные позволяют говорить о значительных изменениях показателей глюкозотолерантного теста в условиях эксперимента, что может быть использовано в дальнейших исследованиях.

#### **ФАКТОРЫ РИСКА ХРОНИЧЕСКИХ ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА**

**Аббаров Р.А., Салаватова Л.Х.**  
**Башкирский государственный медицинский университет**  
**Научный руководитель – д.м.н., проф. Бахтиярова К.З., д.м.н., проф. Хайретдинова Т.Б.**

Хронические цереброваскулярные заболевания (ЦВЗ), к которым относятся начальные проявления недостаточности кровоснабжения мозга (НПНКМ) и дисциркуляторная энцефалопатия (ДЭ), имеют чрезвычайную медицинскую и социальную значимость, поскольку они являются фактором риска развития инсульта.

Цель: выявить факторы риска хронических ЦВЗ у лиц молодого возраста.

Методы исследования. Проведено обследование 60 пациентов мужского пола в возрасте 16 - 20 лет, обследовавшихся по направлениям военкоматов в Республиканском кардиологическом диспансере в 2011-13 гг.. Диагнозы устанавливались: ДЭ - по классификации Е.В. Шмидта (1985), гипертоническая болезнь (ГБ) - согласно критериям ВОЗ. Проведены исследования: эхокардиография, ультразвуковая доплерография магистральных артерий головы, определялся уровень холестерина в крови. Статистическая обработка осуществлена с помощью современных программ математического анализа Microsoft Excel и Statistica 6.0.

Полученные результаты. Средний возраст пациентов составил  $17,5 \pm 0,3$  года. Диагноз НПНКМ выставлен 9 (15%), ДЭ 1-ой стадии - 37 (61,67%), ДЭ 2-ой стадии - 14 (23,33%) пациентам. ГБ была зарегистрирована у 24 (40%) пациентов. Среднее значение холестерина в сыворотке крови составило  $4,56 \pm 0,21$  ммоль/л, что соответствует норме для данного пола и возраста.

Пролапс митрального клапана был выявлен у 18 (30%), дополнительная хорда левого желудочка – у 16 (26,67%), их сочетание – у 7 (11,67%) пациентов. Высокое вхождение позвоночных артерий в костный канал наблюдалось у 4 (6,67%), гипоплазия позвоночной артерии – у 12 (20%), непрямолинейный ход позвоночных артерий – у 2 (3,33%) пациентов. Нарушения сердечного ритма выявлены у 35 (58,33%) пациентов.

Закключение. У пациентов молодого возраста значительный вклад в развитие ЦВЗ вносят малые аномалии развития сердца и экстракраниальных артерий, нарушения ритма сердца. В связи с этим пациентов с данной патологией необходимо направлять к неврологу для своевременной диагностики и лечения ЦВЗ.

## **ХАРАКТЕРИСТИКА КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ У ЛЮДЕЙ ПОЗДНЕГО ВОЗРАСТА**

**Рязанова Н.И.**

**Пермская государственная медицинская академия  
Научный руководитель – к.м.н., доц. Пустоханова Л.В.**

Цель. Провести диагностику когнитивных нарушений у лиц позднего возраста.

Материалы и методы исследования. Обследовано 20 пациенток в возрасте от 79 до 87 лет. Проведено клиническое исследование, а также оценка когнитивного статуса при помощи теста MMSE и батареи лобных тестов (FAB).

Полученные результаты. У всех испытуемых были диагностированы цереброваскулярные заболевания. Сведения о перенесенном инсульте отмечены у 3 человек. Активные жалобы на снижение памяти отмечали 14 пациенток. По результатам теста MMSE у 4 больных когнитивные функции были в пределах нормы, у 14 отмечены легкие (преддементные) нарушения, у 2 – нарушения когнитивных функций соответствовали деменции легкой степени выраженности. По результатам теста FAB у 13 человек выявлено нарушение когнитивных функций легкой степени выраженности, у 7 – выраженное нарушение функций фронтального типа. При сопоставлении данных двух тестов было установлено, что изменения когнитивных функций соответствовали снижению функций как лобных долей, так и изменениям, характерным для поражения височных структур, то есть нарушениям альцгеймеровского типа.

Закключение. Таким образом, для лиц позднего возраста характерно снижение когнитивных функций. Преимущественным являются нарушения лобного типа, сочетающиеся у части больных с расстройствами альцгеймеровского типа. Преобладание лобной дисфункции может быть связано с длительно протекающим сосудистым процессом головного мозга, в то время как изменения альцгеймеровского типа могут быть объяснены дегенеративными нарушениями, связанными с различными причинами, в том числе с возрастом больных.

## **СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ДЕПРЕССИИ У ПАЦИЕНТОВ С МЫШЕЧНОЙ ДИСТОНИЕЙ РАЗЛИЧНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ**

**Хаятова З.Г., Гарипова Г.Н.**

**Казанский государственный медицинский университет  
Научный руководитель – д.м.н., проф. Залялова З.А.**

Дистония — синдром, характеризующийся медленными (тоническими) или повторяющимися быстрыми (клонико-тоническими) движениями, вызывающими вращение, сгибание или разгибание туловища и конечностей с формированием патологических поз. Среди двигательных расстройств дистония занимает третье по частоте место после эссенциального тремора и болезни Паркинсона. Фокальные формы дистонии встречаются в 10 раз чаще, чем генерализованные. Формирование у больных функционального дефицита затрудняет их социальную адаптацию, приводит к ранней инвалидизации.

Целью исследования явилось выявление депрессии (Д) и тревоги (Т), и установление зависимости ее от локализации мышечной дистонии, продолжительности заболевания и использования специфической терапии у больных с блефароспазмом (Б), цервикальной дистонией (ЦД), синдромом Мейжа (СМ).

Материалы и методы: было обследовано 18 пациентов, из них 12 с ЦД, 4 с Б, 2 с СМ, средний возраст 50,2, средняя продолжительность заболевания 7,7 лет. 83,3% опрошенных имеют инвалидность; 93,3% из них получают препарат по льготе. Для оценки Д и Т использовались шкалы Бека и Гамильтона, для функциональной оценки ЦД и Б – шкалы TWSTRS и Янковича соответственно.

В результате по шкале Гамильтона у 38,9% пациентов не было выявлено Т, у 22,2% и 38,9% соответственно – симптомы Т и тревожное состояние (ТС); по шкале Бека у 16,7% отсутствует Д, у 27,8% - легкая Д, у 11,1% - тяжелая Д, на умеренную и выраженную Д приходится по 22,2%. У 100% с пациентами с Б и СМ была выявлена Д от легкой до выраженной, у 75% больных ЦД – Д от умеренной до тяжелой. У 50% пациентов с Б и СМ установлены признаки Т, у 66,7% больных с ЦД – ТС. Отмечено, что у 100% больных, опрошенных до введения препарата и с меньшей длительностью заболевания и только 81,8% больных, длительно находящихся на терапии ботулотоксином, установлена Д и/или Т.

Вывод: выявлено, что Д и Т частое явление у больных фокальными формами дистонии. Установлена связь между выраженностью проявлений и тяжестью Д и Т, а также влияние специфической терапии, в частности ботулинотерапии, на их снижение.

## **КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА**

**Хайруллин И.Х.**

**Казанская государственная медицинская академия  
Научный руководитель – д.м.н., проф. Есин Р.Г.**

Качество жизни – определяется как оптимальное состояние и степень восприятия отдельными людьми и населением в целом того, как удовлетворяются их потребности (физические, эмоциональные, социальные) и предоставляются возможности для достижения благополучия и самореализации.

Сахарный диабет — группа метаболических заболеваний, характеризующихся хронической гипергликемией, которая является результатом нарушения секреции инсулина, действия инсулина или обоих этих факторов. Сахарный диабет типа 2 отрицательно влияет на оценку больным общего состояния, значительно ограничивает повседневную физическую деятельность и вызывает снижение жизненной активности.

Цель. Влияние физического, психоэмоционального состояния и когнитивных нарушений на качество жизни пациента с сахарным диабетом 2 типа.

Методы: Тест SF-36, состоящий из 8 шкал: физическое функционирование; ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием; интенсивность боли; общее состояние здоровья; жизненная активность; социальное функционирование; ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием; психическое здоровье. Шкалы группируются в два показателя «физический компонент здоровья» и «психологический компонент здоровья», которые так же рассчитываются по стандартным формулам.

Результаты. Обследовано 120 пациентов со средней степенью тяжести сахарного диабета. Средний возраст  $54,87 \pm 6,35$  года, длительность заболевания  $7,20 \pm 5,6$  года. Полученные результаты: физическое функционирование 53,3; влияние физического состояния на ролевое функционирование 25; выраженность болевого синдрома 62,67; общее состояние здоровья 60,67; жизненная активность 60; социальное функционирование 70,83; ролевое эмоциональное функционирование 30,33; психическое здоровье 63,67; физический компонент здоровья 48,75; психический компонент здоровья 40,98.

Вывод. Сахарный диабет 2 типа отрицательно влияет на оценку больным общего состояния, значительно ограничивает повседневную физическую деятельность, вызывает снижение жизненной активности и значительно снижает ролевое функционирование, что возможно связано как со снижением физической активности, так и когнитивным снижением.

### **ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ И ВЕГЕТАТИВНОГО СТАТУСА У БОЛЬНЫХ С РАЗЛИЧНЫМ ИСХОДОМ ОСТРЫХ ТРАВМАТИЧЕСКИХ СУБДУРАЛЬНЫХ ГЕМАТОМ**

**Арбузова Е.Е.**

**Пермская государственная медицинская академия**

**Научный руководитель — д.м.н., проф. Кравцов Ю.И., д.м.н., доц. Шевченко К.В.**

Цель исследования. Прогнозирование исходов острых травматических субдуральных гематом на основе оценки клинической картины и показателей вегетативного тонуса.

Материалы и методы. Под наблюдением находились 26 мужчин в возрасте 20-30 лет (17 пациентов с благоприятным исходом и 9 пациентов, умерших в первые 7 суток после травмы) с острыми субдуральными травматическими гематомами, получавшие лечение в ГКБ №1 г. Перми. Средний объем внутримeningeальной гематомы по данным компьютерной томографии у больных составил  $82,23 \pm 8,43$  мл. Для выявления преобладания парасимпатического или симпатического тонуса нервной системы использовался Индекс Кердо. Контрольные сроки для сравнения: 1, 3, 5-е сутки госпитализации. В качестве контрольной группы обследованы 10 практически здоровых мужчин аналогичного возраста.

Результаты. Установлено, что для благоприятного клинического течения острых травматических субдуральных гематом характерно наличие очаговых симптомов с первых суток с постепенным повышением уровня сознания по шкале комы Глазго, а также преобладание парасимпатического тонуса вегетативной нервной системы. При неблагоприятном варианте клинического течения у больных превалирует дислокационный синдром, который нивелирует очаговую симптоматику, кроме того характерна симпатикотония.

Вывод. Таким образом, изучение клинической картины и вегетативного статуса в первые 5 суток после травмы дает возможность оценивать состояние компенсаторных механизмов, прогнозировать их изменение и ухудшение состояния больного, своевременно корректировать проводимую патогенетическую терапию.

### **КОГНИТИВНЫЕ НАРУШЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ПАТОЛОГИЕЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ**

**Сахабиева Г.Н.**

**Пермская государственная медицинская академия**

**Научный руководитель — к.м.н., доц. Пустоханова Л.В.**

Цель работы - изучить выраженность когнитивных расстройств при гипотиреозе и гипертиреозе.

Материал и методы исследования. Обследовано 102 больных гипотиреозом и гипертиреозом в возрасте от 23 до 73 лет. Проведено изучение когнитивной функции с применением клинико – анамнестического метода, теста MMSE, батареи лобной дисфункции, теста МОСА, теста рисования часов, шкалы реактивной и личностной тревожности Спилберга.

Результаты исследования. По результатам теста MMSE отсутствие когнитивных нарушений отмечено у 22 человек среди больных с гипотиреозом и у 8 с гипертиреозом. Снижение суммарного балла теста MMSE главным образом происходило за счет нарушения речевых функций, концентрации внимания и памяти. С тестом рисования часов справились 88 человек. В остальных наблюдениях больные набрали 7–9 баллов из 10. Наиболее характерной ошибкой была неправильная расстановка стрелок при обозначении времени, связанная с недостаточностью пространственной ориентации и лобного контроля. Снижение суммарного балла батареи лобной дисфункции происходило за счет нарушения беглости речи и усложненной реакции выбора. По результатам теста МОСА отмечалось преимущественное снижение функции внимания, памяти, речи. Высокая реактивная тревожность наблюдалась у 7 пациентов с гипотиреозом и у 2 с гипертиреозом; высокая личностная тревожность отмечалась у 39 пациентов с гипотиреозом и у 43 с гипертиреозом.

Заключение. Для пациентов с поражением щитовидной железы характерно снижение когнитивных функций и эмоциональные нарушения. По результатам теста MMSE более выраженные расстройства характерны для пациентов с гипертиреозом. Снижение функций лобных долей связано преимущественно с изменением беглости речи и нарушением усложненной реакции выбора. По результатам теста МОСА отмечается снижение функций памяти и внимания. Для эмоциональных расстройств характерно умеренное повышение реактивной и значительное повышение личностной тревожности.

### **ОСОБЕННОСТИ ГОЛОВНЫХ БОЛЕЙ У ПРЕДСТАВИТЕЛЕЙ РАЗЛИЧНЫХ МЕДИЦИНСКИХ СПЕЦИАЛЬНОСТЕЙ**

**Зарипова М.А.**

**Казанский государственный медицинский университет**

**Научный руководитель — д.м.н., проф. Якупов Э.З.**

Изучение распространенности, выраженности и особенностей синдрома головных болей у представителей различных медицинских специальностей.

Методы: Анализ литературных данных, использование специально разработанного опросника и статистические методы обработки.

Было опрошено 36 врачей различных медицинских специальностей, по 12 стоматологов, хирургов и неврологов. Было выявлено, что у врачей стоматологов характер головных болей связан с сидячим образом жизни и в этой группе преобладает вертеброгенная природа головных болей. В группе специалистов хирургического профиля преимущественно наблюдается головная боль напряжения (70%), которая по степени выраженности была значительно выше, чем у стоматологов. В группе неврологов головная боль носила разнообразный характер. Отмечается связь распространенности головных болей с медицинским стажем: в группе хирургов дебют головных болей ранний и наступает в период 5-7 лет, в группе неврологов значительно позже 10-12 лет.

Стоматологи связывают возникновение боли с вынужденным положением, хирурги – с нарушением циркадианного ритма и напряженным характером труда, неврологи указывают на разнообразные провоцирующие факторы. Обращают внимание на особенности купирования головной боли: наиболее бесконтрольный прием анальгетиков отмечен у стоматологов, от 4 до 6 препаратов, в группе неврологов отмечается более точечный прием лекарственных средств до 2 препаратов.

В структуре синдрома головных болей у стоматологов преобладают вертеброгенные причины ее возникновения, у хирургов психоземotionalные перегрузки, ведущие к появлению астенического синдрома. Учитывая, что неврологи являются наиболее информированной группой медицинских работников о причинах формирования головной боли и способах ее коррекции, в этой группе отмечается использование адекватных методов медикаментозной коррекции и копинг-стратегий, позволяющих купировать болевой приступ и предупредить развитие головной боли. Это указывает на необходимость использования в программах лечения головной боли не только лекарственных средств, но и различных методов психологической коррекции, релаксационных и когнитивных методик.

## **НЕКОГНИТИВНЫЕ НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ИШЕМИИ ГОЛОВНОГО МОЗГА С НЕДЕМЕНТНЫМИ КОГНИТИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ**

**Борханова Э.Г.**

**Казанский государственный медицинский университет**

**Научный руководитель – к.м.н., асс. Хакимова А.Р.**

Актуальность. Высокая распространенность сосудистой патологии головного мозга среди лиц пожилого и старческого возраста, трудности терапии деменции диктуют необходимость ранней диагностики когнитивных нарушений, которые часто сочетаются с эмоциональными расстройствами в виде депрессии и апатии.

Цель исследования: изучить особенности когнитивных нарушений, оценить некогнитивные нервно-психические расстройства (ННПР) при хронической ишемии головного мозга, установить взаимосвязь нарушений когнитивных функций с ННПР.

Пациенты и методы исследования. В группу вошло 30 стационарных пациентов. Средний возраст больных 76, 3 лет. Всем пациентам была диагностирована ХИГМ I-III стадии. Проводилось исследование когнитивных функций (шкала МОСА и БТЛД) и ННПР с использованием госпитальной шкалы оценки тревоги и депрессии (HADS), анкеты оценки ночного сна, шкалы апатии, заполняемой врачом.

Результаты. У исследованных пациентов средний балл по шкале МОСА составил 21, 5 баллов, при этом у 86, 7% выявлены когнитивные расстройства. Доминируют нарушения отсроченного воспроизведения (56, 7%), зрительно-пространственные нарушения (у 50%). У 46,7% выявлены трудности в абстрагировании. У 33, 3% наблюдаются сочетанные трудности в заданиях, связанных с вниманием и речью. У 16,7% имеются проблемы в беглости речи. Анализ результатов БТЛД выявил наличие когнитивных расстройств у 66, 7% пациентов и деменцию лобного типа у 6, 7%.

У всех пациентов наблюдалось сочетание различных психопатологических симптомов. Были обнаружены нарушения сна (93,3% пациентов), депрессия (50%), тревога (46,7%) и апатия (40%). Проведенное исследование нарушений сна у больных с ХИГМ выявило очень высокую частоту нарушений сна (93,3% больных). Средний балл по анкете оценки ночного сна составил 16 баллов, при этом у 63,3% имеются значительные нарушения сна, у 30% легкие нарушения сна.

Выводы. У пациентов с ХИГМ I-III стадии наблюдаются умеренные когнитивные расстройства, которые сочетаются с депрессией, апатией, тревогой и нарушениями ночного сна, при этом проведенный анализ между результатами МОСА и шкалы HADS не выявил достоверных корреляционных связей. Корреляционный анализ выявил достоверные положительные связи между депрессией и тревогой (+0,55), между депрессией и апатией (+0,52).

## **СОН И СОСУДИСТЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ГОЛОВНОГО МОЗГА**

**Хикматуллина К.А., Рагимова А.А., Леухин Р.В.**

**Казанский государственный медицинский университет**

**Научный руководитель – д.м.н., проф. Якупов Э.З.**

Сосудистые поражения головного мозга – это заболевания, возникающие вследствие нарушений кровоснабжения мозга. Они делятся на заболевания и патологические состояния, приводящие к нарушениям кровообращения мозга и на, непосредственно, нарушения мозгового кровообращения.

Цель: установить взаимосвязь нарушений сна с перенесенными сосудистыми заболеваниями головного мозга.

Материалы и методы: было проведено анкетирование 100 пациентов неврологических отделений г.Казани, в возрасте 45-80 лет, перенесших сосудистое поражение головного мозга.

Результаты и выводы: при анализе анкет выявлены расстройства сна у всех пациентов, перенесших сосудистое заболевание головного мозга. Половина опрошенных имели проблемы со сном и до заболевания, однако они отметили усиление нарушений после. У пациентов, перенесших инсульт, расстройства сна более выражены, отмечаются трудности засыпания, сокращение продолжительности сна, частые ночные пробуждения и длительные периоды бодрствования ночью, а также снижение работоспособности и чувство разбитости после сна. Около 40% пациентов с нарушениями мозгового кровообращения принимают снотворные препараты, остальные 60% прибегают к седативным препаратам растительного происхождения (настой пустырника, валерианы), однако заметного улучшения не отмечают. Таким образом, у 100% пациентов с сосудистыми нарушениями мозгового кровообращения отмечаются ухудшение качества сна и уменьшение его продолжительности.

## **ВЛИЯНИЕ ИЗМЕНЕНИЙ ВЕГЕТАТИВНОЙ КАРДИОРЕСПИРАТОРНОЙ РЕГУЛЯЦИИ НА УРОВЕНЬ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА, СТРАДАЮЩИХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ I ТИПА**

**Мугинова А.И.**

**Казанский государственный медицинский университет**

**Научный руководитель – д.м.н., проф. Якупов Э.З., асс. Налбат А.В.**

Сахарный диабет I типа – одно из самых распространенных эндокринных заболеваний детского возраста. Поражение вегетативной нервной системы – наиболее частое осложнение, которое во многом определяет характер течения сахарного диабета, что может влиять на качество жизни у детей с данным заболеванием.

Цель работы: оценка изменений вегетативной кардиореспираторной регуляции и степени их влияния на уровень качества жизни у детей младшего школьного возраста с сахарным диабетом I типа.

Методы исследования: обследовано 20 детей (возраст 7 - 12 лет) с сахарным диабетом I типа. Группу контроля составили 18 относительно здоровых детей, сопоставимых по полу и возрасту. Всем испытуемым проводили анкетирование по опроснику А.М.Вейна, Наймигенскому опроснику, опроснику уровня качества жизни PedsQL, а так же функциональные пробы (активную ортостатическую и гипервентиляционную).

Результаты: исходный вегетативный тонус у 60% пациентов соответствовал симпатикотонии, у 25%-эйтонии, у 15%-ваготонии. При этом адекватная активация симпатических структур по результатам ортостатической пробы происходила только у 15% пациентов с сахарным диабетом I типа. Респираторная дизрегуляция у 80% пациентов с сахарным диабетом I типа характеризовалась наличием брадипноэ и/или симптомов гипервентиляции. Недостаточность функциональных возможностей кардиореспираторной системы и снижение устойчивости организма к гипоксии по индексу Скибинского диагностированы у 75% пациентов с сахарным диабетом I типа и у 6% относительно здоровых детей. При этом уровень качества жизни был снижен у всех детей с сахарным диабетом I типа и лишь у 6% испытуемых группы контроля. Методы корреляционной статистики показали статистически достоверную ( $p < 0,05$ ) зависимость уровня качества жизни от типа исходного вегетативного тонуса и вегетативной реактивности, от выраженности респираторной дизрегуляции, а также от степени снижения функциональных резервов кардиореспираторной системы.

Вывод: Уровень качества жизни у детей младшего школьного возраста с сахарным диабетом I типа находится в прямой зависимости от изменений вегетативной кардиореспираторной регуляции.

## **ИНСУЛЬТ КАК ПРИЧИНА РАЗВИТИЯ ГИПЕРКИНЕЗОВ**

**Гарнышева А.А., Тюгаева Э.А.**

**Казанский государственный медицинский университет**

**Научный руководитель – к.м.н., асс. Хафизова И.Ф.**

Введение. Острое нарушение мозгового кровообращения редко является причиной развития экстрапирамидных нарушений. В виду редкости этого явления отсутствуют точные данные о распространенности гиперкинезов при инсультах, а также о связи их возникновения с повреждениями определенных участков мозга.

Цель исследования. Изучение частоты возникновения экстрапирамидных нарушений при инсульте и определение связи между локализацией повреждения вещества мозга с различными видами гиперкинезов.

Материалы и методы исследования. Проведен ретроспективный анализ 653 историй болезни пациентов с диагнозом инсульт, проходивших стационарное лечение в сосудистом центре городской клинической больницы №7. Средний возраст пациентов составил 67 лет, женщин среди них 58,7%, мужчин 41,3%. Локализация очагов оценивалась согласно результатам рентгеновской компьютерной томографии головного мозга.

Результаты. Частота транзиторных ишемических атак в общей группе составила 22% ( $n=144$ ), геморрагических инсультов 9,3% ( $n=61$ ), ишемических 68,7% ( $n=448$ ). При РКТ исследовании у 4,6% ( $n=31$ ) больных были обнаружены очаги в базальных ядрах, из них у 50% ( $n=15$ ) они располагались в таламусе, у 6,7% ( $n=2$ ) изолированно в скорлупе, у 3,3% ( $n=1$ ) в скорлупе и хвостом ядра. В оставшихся 40% случаев в описании РКТ ( $n=13$ ) точная локализация очагов в подкорковой области не указывалась. У 5 пациентов с инсультом (0,8%) одним из проявлений заболевания являлись гиперкинез. У 2 больных регистрировался хореоатетоз, у одного с гематомой в области putamen, во втором случае РКТ не было выполнено. У 2 пациентов зарегистрирован хореоформный гиперкинез, в одном случае геморрагический очаг определялся в контралатеральной гемисфере, а в другом – ипсилатеральная путаменальная гематома. Наблюдался 1 случай хореодистонии с очагом ишемии справа в полушарии.

Выводы. Экстрапирамидные нарушения являются редким проявлением инсультов и вызываются в большинстве случаев геморрагическим поражением. Наличие инсульта в области базальных ядер редко влечет за собой появление гиперкинезов или гипокимезии и они развиваются также при очагах в полушариях мозга. Последнее может говорить о значительной роли поражения проводящих путей в развитии экстрапирамидных нарушений при инсультах.

## **ВЛИЯНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ НА ТЕЧЕНИЕ РАССЕЯННОГО СКЛЕРОЗА**

**Ящук О.В., Миндиярова Р.Ф.**

**Казанский государственный медицинский университет**

**Научный руководитель – к.м.н., асс. Хафизова И.Ф.**

Введение. Рассеянный склероз одна из частых причин инвалидизации у молодых людей и этому заболеванию подвержены женщины детородного возраста. Влиянию беременности на течение и прогноз рассеянного склероза посвящены небольшое количество работ. В республике Татарстан подобные исследования не проводились.

Цель: Определить влияние беременности на развитие, течение и прогноз рассеянного склероза.

Материалы и методы: проведен ретроспективный анализ 121 амбулаторной карты пациентов женского пола с достоверным диагнозом рассеянного склероза. По наличию или отсутствию беременности в анамнезе пациентки были распределены в две группы сравнения: 70 пациентов, не имевших в анамнезе беременности и роды, средний возраст 50 лет; 51 пациентка с одной или несколькими беременностями в анамнезе, средний возраст 48 лет.

Результаты. Средний возраст дебюта заболевания в 1-ой группе составил 30 лет, во 2-ой – 27 лет. Начало рассеянного склероза в течение 1 года после родов зарегистрировано в 11% случаев от общего количества пациентов и в 25% в группе рожавших. Доля пациентов с ремиттирующим течением в группе нерожавших составила 39%, в то время как в группе сравнения этот показатель равнялся 27%. Первично-прогрессирующий характер течения был зарегистрирован в 7% и 18% случаев соответственно. При этом у 7 больных 2-ой группы (77,8%) заболевание развилось после родов. Средний промежуток времени между обострениями РС во 2-ой группе был короче – 5 лет, в то время как в 1-ой – 7 лет. Обострение РС в течение 1



года после родов наблюдалось у 15% больных из общего числа больных и в 35% при расчете только на рожавших пациентов. Средний промежуток времени формирования вторично-прогрессирующего течения у пациенток с 1 ребенком составила 9 лет, а у женщин с 2 и более детьми 13 лет.

Выводы. Роды, как фактор риска развития рассеянного склероза, зарегистрирован в небольшом количестве случаев и, возможно, не имеет большой значимости. В отношении прогноза заболевания роды являются неблагоприятным фактором, так как в исследуемой группе чаще наблюдалось первично-прогрессирующее течение и перерыв между обострениями был меньше. Однако, при наличии 2 и более детей у женщины вторичная прогрессия наступала значительно позже, что может говорить о зависимости течения болезни от количества родов.

## **АНАЛИЗ ФАКТОРОВ РИСКА РАЗВИТИЯ РАССЕЯННОГО СКЛЕРОЗА В РЕСПУБЛИКЕ БАШКОРТОСТАН**

**Латыпова Р.Ф., Мамадалиев Д.З.**  
**Башкирский государственный медицинский университет**  
**Научный руководитель – д.м.н., проф. Бахтиярова К.З.**

Введение. Рассеянный склероз - мультифакторное заболевание, в возникновении которого играют роль генетическая предрасположенность и воздействие внешних факторов.

Цель. Изучить влияние факторов риска на возникновение рассеянного склероза в Республике Башкортостан.

Материалы и методы. Проведено эпидемиологическое исследование методом «случай-контроль» с опросом 180 больных рассеянным склерозом и 75 человек контроля. В группу больных вошли 117 женщин и 63 мужчин, все они имели достоверный диагноз рассеянный склероз согласно критериям Мак-Доналда 2010. Средний возраст составил 37,9±2,82 года. Сопоставленные по полу и возрасту и месту жительства больные рассеянным склерозом и контрольная группа заполняли одинаковые опросники, составленные на основе анкеты, разработанной международной рабочей группой по изучению эпидемиологии рассеянного склероза при Норвежской академии наук и письменности в Осло и дополненной сотрудниками кафедры неврологии и нейрохирургии Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И. Пирогова. Анкета состояла из двух разделов и включала 33 основных вопроса. Анализ проводился с помощью Statistica 6, различия считались достоверными при  $p < 0,05$ .

Результаты. При изучении влияния экзогенных токсических факторов достоверная связь с развитием заболевания отмечена при: проживании вблизи нефтеперерабатывающих ( $p < 0,01$ ), химических ( $p < 0,01$ ), металлургических предприятий ( $p < 0,02$ ), контакте с органическими растворителями ( $p = 0,04$ ), ядохимикатами и удобрениями ( $p = 0,006$ ), инфекционных заболеваниях (ангина ( $p = 0,02$ ), герпес ( $p = 0,01$ ), пиелонефрит ( $p = 0,01$ ), гинекологические инфекции ( $p = 0,03$ )), преобладании в диете мяса ( $p = 0,01$ ), некипяченой питьевой воды ( $p = 0,004$ ), абортах ( $p = 0,002$ ), контакте с собаками ( $p = 0,01$ ), кошками ( $p = 0,01$ ), и сельскохозяйственными животными ( $p = 0,005$ ), тяжелом кариесе ( $p = 0,01$ ), курении ( $p = 0,03$ ), хроническом стрессе в семье ( $p < 0,001$ ) и на работе ( $p = 0,03$ ), аппендэктомии ( $p = 0,04$ ).

Заключение. Значимые факторы риска развития рассеянного склероза в Республике Башкортостан: проживание вблизи промышленных предприятий, контакт с токсическими веществами, перенесенные инфекционные заболевания, хронический стресс, контакт с животными, курение.

## **КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА МЫШЕЧНЫХ ДИСТОНИЙ В РЕСПУБЛИКЕ БАШКОРТОСТАН**

**Латыпова Р.Ф.**  
**Башкирский государственный медицинский университет**  
**Научный руководитель – к.м.н., асс. Ибатуллин Р.А.**

Введение. Мышечная дистония является клинически и генетически гетерогенным двигательным расстройством и характеризуется повторяющимися насильственными мышечными сокращениями, поражающими один или более участков тела и часто приводящими к формированию патологических поз (Marsden, 1990). Показатель заболеваемости дистонией в Европе, например, составляет 15,2 на 100 000 населения (ESDE, 2000).

Цель. Изучить клинико-эпидемиологическую характеристику мышечных дистоний в Республике Башкортостан.

Материалы и методы. Учет больных мышечной дистонией среди взрослого населения проводился на основании данных неврологического приема в поликлиниках и стационарах Республики Башкортостан. Получены сведения из всех городов и районов республики. Анализ проводился с помощью Statistica 6, Microsoft Excel 2003.

Результаты. Выявлено 215 больных первичной мышечной дистонией. Распространенность данной патологии в Республике Башкортостан составила 5,4 на 100 тыс. взрослого населения. Наследственную детерминированность заболевания удалось определить у 7 больных (3,3%). Семейный характер заболевания с аутосомно-доминантным типом наследования отмечен в одной семье. Заболеваемость среди женщин (111-51,4%) встречается чаще чем среди мужчин (105-48,6%). Возраст больных от 5 до 79 лет. Средний возраст больных составил 47,7±3,71 лет. Средняя длительность заболевания - 8,7 лет. Генерализованные формы заболевания отмечены в 28 случаях (13%), сегментарные формы болезни – у 11 больных (5,1%). В большинстве случаев отмечаются фокальные формы мышечной дистонии - у 187 больных (87%). В структуре мышечной дистонии наиболее частой формой гиперкинеза являлась спастическая кривошея у 111 больных (51,6%). Следующими по частоте от спастической кривошеи явились блефароспазм - 36 больных (16,7%), оромандибулярная дистония - 3 больных (1,4%). Также отмечены редкие формы мышечной дистонии – дистония мышц брюшной стенки, дистония стопы у 25 больных (11,6%).

Заключение. В структуре мышечных дистоний определена наиболее частая форма - спастическая кривошея (51,6%). Распространенность мышечных дистоний в Республике Башкортостан составила 5,4 на 100 тыс. взрослого населения.

## **БОЛЕЗНЬ ФАРА. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ**

**Заболотная С.В., Пипинашвили Е.В.**  
**Саратовский государственный медицинский университет**  
**Научный руководитель – д.м.н., проф. Шоломов И.И.**

Болезнь Фара (БФ) - редкое нейродегенеративное заболевание, диагностируемое прижизненно только в 1-2% случаев.

Цель - анализ клинического случая пациента с БФ.

Материал и методы. Наблюдение больного Е., мужчины 31 г., с БФ, ретроспективный анализ истории болезни с 2001 по 2012 гг.

Результаты. Больной Е. поступил в неврологическое отделение. Собрать жалобы было затруднительно в связи с выраженным интеллектуальным снижением. Со слов отца больного беспокоят скованность движений, пошатывание при ходьбе, периодические приступы потери сознания с судорогами в конечностях. Последний из них возник сегодня, что и послужило поводом для госпитализации.

Отягощение наследственного, акушерского анамнеза отрицают. В возрасте 15 лет появились жалобы на боли в спине и скованность движений. При рентгенологическом обследовании выявлены увеличение плотности костной ткани.

В 2003 г. появились кратковременные приступы замирания без судорожного компонента. Выполнена КТ - в полушариях мозга, базальных ганглиях, мозжечке определялись множественные симметричные очаги обызвествления. Выставлен диагноз БФ. Через два года пароксизмы трансформировались в тонико-клонические судороги с частотой до 1-2 раз в месяц.

При первичном осмотре состояние относительно удовлетворительное. Больной в сознании, контакт затруднен из-за выраженных когнитивных нарушений. Повышение мышечного тонуса по экстрапирамидному типу в нижних конечностях. В позе Ромберга пошатывается, координаторные пробы выполняет с интенцией и мимопопаданием.

На этапе приемного покоя была выполнена КТ: структуре вещества мозга с обеих сторон визуализировались массивные симметричные участки оксификации с тотальным обызвествлением скорлупы, бледного шара, головок хвостатых ядер, таламусов и множественных линейных оксификатов в основании коркового вещества на границе с белым веществом мозга. В структуре кожи и подкожной клетчатки локализовались множественные точечно-овальные кальцификаты размером до 3-5 мм, расположенные диффузно и не поддающиеся счету.

Приведенные клинико-анамнестические данные позволили установить диагноз: Болезнь Фара. Мозжечковый синдром. Экстрапирамидный синдром. Когнитивные нарушения. Симптоматическая эпилепсия с частыми полиморфными генерализованными судорожными пароксизмами.

#### **КОГНИТИВНЫЕ НАРУШЕНИЯ У ЛИЦ, ПЕРЕНЕСШИХ ИНСУЛЬТ В МОЛОДОМ И ПОЖИЛОМ ВОЗРАСТЕ**

**Хабибрахманов А.Н.**  
**Казанский государственный медицинский университет**  
**Научный руководитель – д.м.н., проф. Менделевич Е.Г.**

Основная цель работы направлена на изучение когнитивных нарушений у лиц, перенесших 1 инсульт.

Основные задачи: выявить, преимущественно какие когнитивные нарушения возникают после инсульта у молодых лиц, а какие - у пожилых; выявить, какие когнитивные нарушения возникают при поражении определенных областей, и их различия у лиц молодого и пожилого возраста.

Методы исследования: МоСА-тест, методика Гробера и Бушке, тест Шульца, запоминание и пересказ короткого текста.

#### **ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ПЕРИОДА ОТ СИМПТОМОВ ДЕБЮТА ДО УСТАНОВЛЕНИЯ ДОСТОВЕРНОГО ДИАГНОЗА РС И НАЧАЛА ЛЕЧЕНИЯ ПИТРС У БОЛЬНЫХ РАССЕЯННЫМ СКЛЕРОЗОМ**

**Гафарова Э.Р.**  
**Башкирский государственный медицинский университет**  
**Научный руководитель – д.м.н., проф. Бахтиярова К.З.**

Цель: Оценить длительность периода от симптомов дебюта до установления диагноза и начала лечения препаратами, изменяющими течение рассеянного склероза.

Материалы и методы: Исследование проводилось на базе Республиканского центра рассеянного склероза. Проанализировано 85 амбулаторных карт больных с достоверным диагнозом рассеянного склероза согласно критериям МакДональда 2010г. Для статистической обработки данных использовались программы Statistica 6.0 и Microsoft Excel.

Результаты и обсуждение: Среди больных преобладали женщины - 60 (71%), мужчин было 25 (29%). Средний возраст дебюта - 31±9,4 год. Первыми симптомами были: зрительные расстройства - у 19 (23%) пациентов; нарушения походки - у 29 (34%); парезы - у 21 (25%); головокружение - у 7 (8%); другие нарушения - у 9 (10%). Ремиттирующий тип течения был у 71 пациента (83%), вторично-прогрессирующий с обострениями - у 14 (17%).

III группа инвалидности установлена у 18 человек (21%); II - у 8 человек (11%), I - у 3 (3%). Не имели инвалидности - 34 (40%) пациента. Пенсионеры составили 18 человек (21%), учащиеся - 4 (4%).

Иммуномодулирующие препараты в ранние сроки, т.е. в течение 1 года после появления первых симптомов, были назначены 30 пациентам (35%), до 2 лет после дебюта - 9 (11%), до 3 лет - 5 (6%), до 4-5 лет - 5 (6%). Остальные пациенты (42%) начали лечение через 6 и более лет после начала заболевания.

Среди пациентов, начавших лечение в ранние сроки заболевания, преобладали женщины 22 (73%), мужчин было - 8 человек (27%). Средний возраст появления первых симптомов был 33±10,7 лет. Симптомами дебюта были: зрительные расстройства - у 10 пациентов (33%); двигательные и координаторные нарушения - у 11 (37%); нарушение чувствительности - у 6 (20%); другие расстройства - у 3 (10%). Среди больных, начавших лечение в ранние сроки, инвалидов не было.

Заключение: Терапия иммуномодуляторами назначается на ранних стадиях болезни 35% пациентов. В настоящее время важнейшей задачей специалистов Республиканского центра рассеянного склероза является сокращение сроков установления достоверного диагноза согласно критериям МакДональда 2010г. с целью своевременного начала иммуномодулирующей терапии.

#### **ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ МАКУЛЫ ПРИ РАССЕЯННОМ СКЛЕРОЗЕ**

**Казанцев А.Ю.**  
**Казанский государственный медицинский университет**  
**Научный руководитель – к.м.н., асс. Хафизова И.Ф.**

Введение. Рассеянный склероз (РС) - это демиелинизирующее заболевание, при котором часто поражается орган зрения. Особый интерес представляет сетчатка, которая позволяет оценить нейродегенеративные процессы, происходящие при РС. Имеется небольшое количество работ, изучавших состояние макулы при РС и получивших противоречивые результаты.

Цель. Оценить клиническую значимость толщины и тотального объема макулы при РС после перенесенного оптического неврита.

Материал и методы. Проведен анализ результатов оптической когерентной томографии (ОКТ) 14 пациентов с достоверным диагнозом ремиттирующий РС (средний возраст 31 год, средняя продолжительность заболевания 6 лет), состоящих на диспансерном учете в Городском научно-исследовательском центре по рассеянному склерозу г. Казани. ОКТ была проведена на аппарате «Stratus OCT 4.0.5» в Республиканской клинической офтальмологической больнице г. Казани. Оценивались толщина фовеа и тотальный объем макулы. Нормативный интервал для толщины макулы 170-190 мкм. С целью анализа состояния макулы были созданы две группы сравнения с одинаковым средним возрастом (31 год) и средней продолжительностью заболевания (6 лет): 1-ая группа включила 9 пациентов (мужчин 4, женщин 5) без перенесенного оптического неврита; 2-ая группа состояла из 5 женщин с перенесенным оптическим невритом в анамнезе.

Результаты. Средняя толщина фовеа в 1-ой группе составила 137 мкм. В норме этот показатель меньше у женщин. Показатель толщины макулы во 2-ой группе, состоящая из женщин, имела тенденцию к увеличению - 141 мкм. Тотальный объем макулы имел тенденцию к уменьшению у пациентов с перенесенным оптическим невритом в анамнезе - 6,29 мм<sup>3</sup>, против 6,46 мм<sup>3</sup> у больных РС без перенесенного оптического неврита.

Выводы. Толщина фовеа была уменьшена в обеих группах сравнения, что, возможно, может говорить о тенденции к поражению макулы вне зависимости от перенесенного оптического неврита. Уменьшение тотального объема макулы у больных с перенесенным оптическим невритом, возможно, является тенденцией к дегенеративным процессам в сетчатке. Однако в виду незначительных отклонений в результатах исследований в обеих группах, малой выборке пациентов, планируются дальнейшие исследования в этом направлении.

### **ИССЛЕДОВАНИЕ ПОВЕДЕНЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ У ТРАНСГЕННЫХ G93A МЫШЕЙ С МОДЕЛЬЮ БОКОВОГО АМИОТРОФИЧЕСКОГО СКЛЕРОЗА ПОСЛЕ КСЕНОТРАНСПЛАНТАЦИИ ГЕНЕТИЧЕСКИ МОДИФИЦИРОВАННЫХ КЛЕТОК МОНОНУКЛЕАРНОЙ ФРАКЦИИ КРОВИ ПУПОВИНЫ ЧЕЛОВЕКА**

**Сафиуллов З.З., Измаилов А.А., Соловьева В.В., Салафутдинов И.И.**  
**Казанский государственный медицинский университет**  
**Научные руководители – д.м.н, проф. Исламов Р.Р., д.б.н., доц. Ризванов А.А.**

Генетически модифицированные клетки для доставки терапевтических генов должны мигрировать в область регенерации и обеспечивать их экспрессию.

Целью исследования явился анализ эффективности генно-клеточной терапии у трансгенных G93A мышей с фенотипом бокового амиотрофического склероза.

В работе использовали рекомбинантные аденовирусы, экспрессирующие гены сосудистого эндотелиального фактора роста человека (Ad-VEGF), глиального нейротрофического фактора (Ad-GDNF), нейрональной молекулы клеточной адгезии (Ad-NCAM) и зелёного флуоресцентного белка (Ad-GFP). Путём инъекции в ретроорбитальное пространство была произведена трансплантация 2x10<sup>6</sup> генетически модифицированных моноклеарных клеток крови пуповины (МКПК) человека в объеме 100 мкл на 27 неделе жизни. Трансгенные G93A мыши были разделены на шесть групп. Первой группе (n=7) были трансплантированы генетически модифицированные МКПК, трансдуцированные аденовирусными векторами Ad-NCAM+Ad-GDNF. Второй группе (n=7) - Ad-NCAM+Ad-VEGF, третьей (n=6) - Ad-GDNF, четвёртой (n=10) - Ad-VEGF, пятой (n=12) - Ad-GFP и шестой (n=11), контрольной группе - физиологический раствор. Анализ эффективности терапии проводился на основе поведенческих тестов "открытое поле" и «сила хватки».

На 13 недели после трансплантации горизонтальная активность снизилась до 54% в группе Ad-NCAM+Ad-GDNF, до 78% в группе Ad-NCAM+Ad-VEGF, до 49% - Ad-GDNF, до 15% - Ad-VEGF, до 13% - Ad-GFP и до 10% в контрольной группе. Сила хватки уменьшилась до 45%, 18%, 15%, 7%, 3% и 5% соответственно. На 14 недели в группе Ad-NCAM+Ad-GDNF в живых осталось 57% мышей, в Ad-NCAM+Ad-VEGF - 29% в Ad-GDNF - 33%, в Ad-VEGF - 21%, в Ad-GFP – 18% и в контрольной группе - 0%.

Выявленные различия между экспериментальными группами дают основания предположить, что генно-клеточная терапия, основанная на генетически модифицированных моноклеарных клетках пуповинной крови, трансдуцированных двумя рекомбинантными аденовирусами, лучше терапии, основанной на генетически модифицированных МКПК человека, трансдуцированных одним рекомбинантным аденовирусом.

### **МИНИМАЛЬНА МОЗГОВАЯ ДИСФУНКЦИЯ У ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА**

**Сабо Ю.С., Борейша Е.А., Усачёва Е.А.**  
**Воронежская государственная медицинская академия им. Н.Н. Бурденко**  
**Научный руководитель – д.м.н., доц. Малеев Ю.В.**

Целью работы является выявление среди младших школьников детей с минимальной мозговой дисфункцией для оптимизации обучения и разработки комплексных корригирующих программ в условиях образовательных учреждений.

Объектом исследования являются дети младшего школьного возраста. Исследование включало: психологические методики (анкетирование учителей, тест Тулуз-Пьерона), беседа и осмотр младших школьников на выявление признаков минимальной мозговой дисфункции, анализ заключений узких специалистов (невролога, логопеда).

По результатам анкетирования учителей проявления минимальной мозговой дисфункции отмечались почти у 70% детей.

С помощью теста Тулуз-Пьерона получены следующие результаты: отсутствие признаков минимальной мозговой дисфункции - 5,5% учащихся; «группа риска» - 19,2%; признаки минимальной мозговой дисфункции - 61,6%; выраженные проявления - 13,7%. Во время беседы нарушения речи выявлены у более 65% детей обследуемой группы. При проведении визуального осмотра признаки поражения шейного отдела позвоночника отмечались более чем у 90% младших школьников. По результатам осмотра невролога симптомы минимальной мозговой дисфункции наблюдались более чем у 80% детей. Признаки более выраженных неврологических проблем имели около 14% обследуемых. И лишь 5,5% детей не имели неврологических проблем. По результатам осмотра логопеда симптомы речевых расстройств наблюдались у 65,8% детей, что соответствует данным, полученным при анкетировании учителей и проведении беседы с детьми с целью выявления признаков минимальной мозговой дисфункции.

#### Выводы:

1. Получены данные о наличии признаков минимальной мозговой дисфункции более чем у 80% детей младшего школьного возраста по результатам проведенного исследования.
2. Установлена взаимосвязь минимальной мозговой дисфункции с патологией шейного отдела позвоночника.
3. Разработана комплексная система физкультурминутки и физкультурных пауз для педагогов с целью коррекции минимальных мозговых дисфункций у младших школьников в течение учебного дня.

## НЕЙРОХИРУРГИЯ

### СОВРЕМЕННЫЙ АЛГОРИТМ ДИАГНОСТИКИ И ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С БОЛЕВЫМИ СИНДРОМАМИ В ПОЯСНИЦЕ И НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЯХ ПРИ ДЕГЕНЕРАТИВНО-ДИСТРОФИЧЕСКИХ ПОРАЖЕНИЯХ ПОЗВОНОЧНОГО СТОЛБА

**Хабибулина А.Р.**

**Казанский государственный медицинский университет**

**Научный руководитель – к.м.н., асс. Мохов Н.В.**

Вертеброгенная патология в структуре оказания нейрохирургической помощи остается одной из наиболее актуальных проблем. В структуре всех заболеваний нервной системы составляет 12-20%, а среди поражений периферической нервной системы 60-70%.

Цели: продемонстрировать опыт хирургического лечения пациентов с болевым синдромом в пояснице и в нижних конечностях в нейрохирургической клинике МКДЦ.

Материалы и методы: в нейрохирургической клинике МКДЦ за период с 2007 года по 2013 проведено 2055 операций. Всем пациентам проводилось комплексное дооперационное обследование, включающее в себя неврологическое обследование, МРТ, РКТ, функциональную рентгенографию поясничного отдела позвоночника. Результаты дооперационных исследований сопоставлялись с интраоперационными находками.

Результаты: у 1672 пациента (81,4%) проведена микродекомпрессия корешков конского хвоста. У 1329 больных (79,5%) компрессия нервных корешков была обусловлена грыжевым фактором. В 342 наблюдениях (20,5%) сдавление корешков явилось результатом воздействия негрыжевого фактора.

У 88 пациентов (4,28%) выполнена нуклеопластика. В 222 наблюдениях (10,8%) проведена радиочастотная термодеструкция чувствительных нервов дугоотростчатых, крестцово-подвздошных и тазобедренных суставов. У всех больных в послеоперационном периоде отмечалось уменьшение выраженности боли со снижением потребности в приеме анальгетиков и в постороннем уходе.

Заключение: полифакторность компрессии поясничных и крестцовых корешков при дегенеративных заболеваниях позвоночника и большой удельный вес негрыжевых факторов стойкой компрессии убеждают в необходимости комплексной диагностики данной группы пациентов. Показания, объем и сроки хирургического лечения для каждого пациента должны быть индивидуальными и основываться на данных клинической картины, результатах диагностических исследований, в особенности лучевых методов (функциональная спондилография, КТ, МРТ).

### НЕЙРОВИЗУАЛИЗАЦИОННЫЕ ПРЕДИКТОРЫ РАЗВИТИЯ ПОЗДНИХ ПОСТИНСУЛЬТНЫХ ЭПИЛЕПТИЧЕСКИХ ПРИПАДКОВ У ПАЦИЕНТОВ С ИШЕМИЧЕСКИМ ИНСУЛЬТОМ

**Галимова А.А.**

**Казанский государственный медицинский университет**

**Научный руководитель – к.м.н., асс. Данилова Т.В.**

Инсульт является одним из самых частых факторов риска развития симптоматической эпилепсии у лиц старшей возрастной группы.

Целью исследования было выявление нейровизуализационных особенностей у пациентов с ишемическим инсультом (ИИ) с поздними эпилептическими приступами (ЭП) (развившимися позднее семи дней от возникновения инсульта).

Комплексно обследовано 119 пациентов, перенесших ИИ с развитием поздних ЭП (77 мужчин и 42 женщины) в возрасте от 31 до 81 года. Контрольную группу составили 94 пациента (59 мужчин и 35 женщин), перенесших ИИ, но без развития ЭП. Обследование включало неврологический осмотр, магнитно-резонансную томографию головного мозга, транскраниальную доплерографию, дуплексное сканирование транскраниальных и экстракраниальных сосудов.

Среди пациентов основной группы преобладали мужчины (64,7%) над женщинами (35,3%,  $p < 0,05$ ). У больных с поздними ЭП ишемические очаги встречаются с одинаковой частотой в левом (44,8%) и правом (45,7%) каротидных бассейнах и реже в вертебро-базилярном бассейне (9,5%).

У пациентов, страдающих поздними ЭП, преобладает корковая локализация ишемии (81,6%) по сравнению с больными контрольной группы (38,7%,  $\chi^2 = 89,2$ ,  $p < 0,001$ ). В результате выполненного анализа соответствий индикаторной матрицы, многомерного логистического бинарного регрессионного анализа, а также ROC-анализа было выявлено, что для больных основной группы характерной является ишемия полюса височной доли, верхней височной, прецентральной, нижней лобной извилины, моторной и сенсорной коры, нижней теменной доли, островка, подкоркового белого вещества ( $AUC = 0,77$  (95% ДИ: 0,82–0,71),  $p = 0,000228$ ).

Замечено, что у пациентов с развитием эпилептических припадков чаще встречались очаги хронической ишемии (94,1%) и признаки атрофических изменений вещества головного мозга (89,9%), по сравнению с пациентами без приступов (68,1% и 64,9%,  $p = 0,0005$ , соответственно).

Таким образом, у больных с ИИ с развитием поздних ЭП было выявлено более частое развитие приступов среди мужчин, превалирование корковой локализации очагов ишемии, изучены наиболее часто поражаемые ишемией области головного мозга. Кроме того, поздние ЭП развивались у пациентов на фоне предшествующих инсульту очагово-дистрофических изменений вещества головного мозга.

# ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ И ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

## СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ, РОЖДЕННЫХ ПУТЕМ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ В Г. КАЗАНИ

**Сабилов Ж.Ф., Шаяхметова Р.Р.**  
**Казанский государственный медицинский университет**  
**Научный руководитель – д.м.н., проф. Хузиханов Ф.В.**

Всемирная организация здравоохранения определяет охрану здоровья детей с момента их рождения («здоровый старт жизни») как одну из основных проблем. Несмотря на несомненные позитивные сдвиги в системе охраны здоровья матери и ребенка в последние годы, проблема «здорового старта жизни» остается крайне актуальной. С одной стороны, абдоминальное родоразрешение позволяет улучшить показатели перинатальной смертности и мертворождаемости; а с другой - неблагоприятно сказывается на протекании адаптационного периода новорожденных, увеличению частоты случаев заболеваемости у детей.

Цель исследования: проведение комплексного изучения особенностей процессов ранней адаптации и развития детей, извлеченных кесаревым сечением и разработка научно обоснованного алгоритма по выхаживанию и диспансерному наблюдению.

Задачи исследования:

1. Изучить состояние здоровья детей, рожденных путем операции кесарева сечения.
2. Выявить наиболее информативные, прогностические и диагностические критерии риска у детей, рожденных путем кесарева сечения.

Исследование проводилось в детских поликлиниках г. Казани. Основную группу составили 202 детей, родившихся абдоминальным путем. В контрольную группу вошло 112 детей, рожденных через естественные родовые пути (ЧЕРП). Обследованные были разделены на 2 возрастные группы: 0 до 1 года и с 1 до 7 лет.

В ходе исследования были использованы социологические (анкетирование), статистические, математические методы.

Результаты свидетельствуют о том, уровень заболеваемости выше у детей рожденных путем КС в сравнении с детьми, рожденными естественным путем. Так же наблюдается увеличение частоты случаев аллергии у детей в обеих возрастных группах, извлеченных оперативным путем. Ранний период адаптации новорожденных, извлеченных оперативным путем, протекает более напряженно.

Выводы.

Состояние детей, рожденных путем операции кесарева сечения, имеет ряд особенностей, связанных как с самим КС, так и с множеством факторов, предшествующих оперативному родоразрешению. Поэтому очень важно выявить критерии риска и разработать научно - обоснованный алгоритм по выхаживанию и диспансерному наблюдению за детьми, рожденных путем операции кесарева сечения.

## ИССЛЕДОВАНИЕ КАЧЕСТВА ОКАЗЫВАЕМОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ И УДОВЛЕТВОРЕННОСТЬ ПАЦИЕНТОВ В ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОМ ОТДЕЛЕНИИ СТАЦИОНАРА

**Ахметшина Л.**  
**Казанский государственный медицинский университет**  
**Научный руководитель – к.м.н., доц. Камалова Ф.М.**

Уровень ресурсного оснащения стационара напрямую влияет на качество работы не только врачей и среднего медицинского персонала, но и положительно оценивается пациентами.

Целью исследования явилось изучение качества оказываемой медицинской помощи и удовлетворенности пациентов.

Задачи исследования:

- 1) Определение удовлетворенности врачей уровнем оснащенности и качеством медицинского оборудования, условиями работы, отношением с коллегами и администрацией;
- 2) удовлетворенность пациентов качеством предоставляемого лечения, диагностических мероприятий; качеством питания в отделении, санитарно-гигиеническими условиями.

Материал исследования: врачи, средние медицинские работники, пациенты гинекологического отделения одной из ведущих клиник города Казани.

Методы исследования: социологический, статистический.

Всего было опрошено 75 пациентов и 12 врачей и среднего медицинского персонала

В результате исследования установлено, что 83% врачей довольны уровнем полученного образования, 50% из них готовы продолжить дальнейшее обучение. 70% персонала считают, что в больнице оказывается полный комплекс диагностических и лечебных мероприятий, 17% полагают, что оборудование недостаточно удобно в использовании, при этом 13% врачей советуют своим пациентам другие медицинские учреждения. Врачи оценили отношение руководства к ним как хорошее (33%), нейтральное (50%), плохое (17%). Однако все врачи недовольны уровнем выплачиваемой заработной платы.

Вместе с тем, 80% пациентов довольны качеством оказываемого лечения, столько же пациентов получают бесплатные лекарственные средства в клинике, причем 70% из них получают не все препараты, необходимые для лечения, 20% больных не знают о данной услуге. Если всех больных и устраивают санитарно-гигиенические условия в отделении, то питание оценивают как отвратительное 95% пациентов. Отношение медицинского персонала пациенты определяют как внимательное и с участием (40%), как грубое и раздражительное (52%), как безразличное (8%).

Таким образом, выявлены позитивные и негативные факторы в качестве оказываемой медицинской помощи, требуемые непрерывного управления ими.

## **ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ПИЕЛОНЕФРИТА И ИХ ПРОФИЛАКТИКА**

**Аллахвердиева С.А., Алиев Р.М.**  
**Казанский государственный медицинский университет**  
**Научный руководитель – д.м.н., проф. Хузиханов Ф.В.**

В структуре общей инфекционной заболеваемости, инфекции мочевых путей прочно занимают второе место, уступая лишь респираторным заболеваниям. При сравнении показателей первичной инвалидности по основным группам урологических заболеваний, хронический пиелонефрит занимает 2-е место (21,4-23%), уступая только злокачественным новообразованиям. Отмечается рост доли пиелонефрита в структуре основных причин терминальной хронической почечной недостаточности в России, с 1998 по 2003 год этот показатель вырос с 13,9 до 14,7%.

В связи с актуальностью темы под руководством профессора Ф.В.Хузиханова было проведено исследование медико-социальных факторов, влияющих на развитие пиелонефрита.

Цель данного исследования: изучить влияние медико-социальных факторов на развитие пиелонефрита и разработка методов его профилактики.

Материалы и методы. Проведено исследование 390 медицинских карт пациентов, страдающих хроническим пиелонефритом по данным трех поликлиник города Казани: 77 мужчин в возрасте от 21 до 58 лет и 313 женщин в возрасте от 19 до 83 лет. Далее из этой группы было проведено целенаправленное анкетирование 162 пациентов, из них 54 мужского пола и 108 женского пола.

Методы исследования: социологический, статистический, математический (однофакторный дисперсионный анализ).

По данным, полученным в процессе исследования, можно сделать вывод о более высоком удельном весе среди больных хроническим пиелонефритом лиц зрелой и пожилой возрастной группы. Также определена сила влияния медико-социальных факторов на развитие заболевания, что позволило разработать мероприятия по устранению или ослаблению действия этих факторов в целях повышения эффективности медицинской помощи больным пиелонефритом.

## **МЛАДЕНЧЕСКАЯ СМЕРТНОСТЬ В РЕСПУБЛИКЕ ИНГУШЕТИЯ ЗА ПЕРИОД 2004-2013 ГГ.**

**Балаев М.Х.**  
**Казанский Государственный Медицинский Университет**  
**Руководитель - д.м.н. профессор Гильманов А.А.**

Одной из важнейших проблем демографической ситуации в России является младенческая смертность, актуальность которой значительно выросла в связи с переходом здравоохранения на новые критерии живорождения.

Проблема младенческой смертности является весьма актуальной для Республики Ингушетия, значения данного показателя составляет по данным за 2013 год 14,8 случаев на 1000 родившихся живыми.

Целью нашего исследования стало изучение показателя младенческой смертности в Республике Ингушетии за последние 10 лет (2004-2013гг.).

Материалами для нашего исследования послужили данные ежегодных статистических отчетов о деятельности здравоохранения Республики Ингушетия.

За десятилетний период, прослеживается тенденция снижения показателя. Так, в 2004 году, показатель младенческой смертности находился на уровне 24,8 на 1000 родившихся живыми, к 2013 году этот уровень снизился до 14,8, темп убыли за исследуемый период, составил 40,3%. Минимальное значение показателя младенческой смертности в Республике Ингушетия наблюдалось в 2010 г., составив 11,2 случаев на 1000 детей родившихся живыми. Максимальное значение – 27,9 случаев на 1000 детей, родившихся живыми, отмечалось в 2006 г.

Однако, с 2010 года по 2013 год младенческая смертность увеличилось на 32,1%.

Нами выполнен прогноз на 2014 год, который составил 15,3 на 1000 детей, родившихся живыми.

Для, более детального анализа была изучена структура причин младенческой смертности в Республике Ингушетия за 2010-2012гг.

Максимальная доля в структуре показателя младенческой смертности заняла ранняя неонатальная смертность, которая на протяжении исследуемого периода увеличилась от 45,7% до 63,4%.

В структуре отдельных состояний, возникающих в перинатальном периоде, особое значение имеет внутриутробная гипоксия и асфиксия, частота которых выросла на протяжении исследуемого периода от 0,6 до 2,1 на 1000 родившихся живыми, то есть в 3,5 раза.

Подводя итог проведенного анализа, мы пришли к следующим заключениям:

Динамика младенческой смертности неблагоприятная, отмечается рост показателя.

Наибольший вклад в структуру младенческой смертности вносит ранняя неонатальная смертность.

В структуре ранней неонатальной смертности наибольшее значение в качестве причины смерти имеет внутриутробная гипоксия и асфиксия.

Внедрения системы мероприятий, направленных на устранение внутриутробной гипоксии и асфиксии, являющихся основной причиной ранней неонатальной смертности приведет, к нашему мнению, к снижению младенческой смертности и позволит управлять данным показателем, имеющим большое значение для охраны здоровья населения.

## **АНАЛИЗ СТРУКТУРЫ НАСИЛЬСТВЕННОЙ СМЕРТИ ПО РЕСПУБЛИКЕ ТАТАРСТАН ЗА 2005-2013 ГГ**

**Хасанова Э.А.**  
**Казанский государственный медицинский университет**  
**Научный руководитель – к.м.н., асс. Александрова Л.Г.**

Изучение структуры отдельных видов насильственной смерти по РТ за 2005–2013 гг.

Проведен статистический анализ результатов судебно-медицинской экспертизы трупов, исследованных в ГАУЗ «Республиканской Бюро судебно-медицинской экспертизы МЗ РТ» по годовым отчетам в период с 2005 по 2013 годы.

Наиболее часто причиной насильственной смерти в РТ становились различные виды механической травмы. Максимальное количество случаев смерти от механической травмы было зарегистрировано в 2012 году и составило 43% от общего количества насильственных причин смерти, из которых 36% связано с автотравмой. Минимальное количество смертельной механической травмы в 2013 году – 29,5%. Наблюдается тенденция увеличения смертельных автотравм за период с 2005 по 2013 год. Наибольшее число случаев смерти от механической асфиксии в 2009 году – 33,8% от общего количества

насиленной смерти, минимальное - в 2013 году - 26,7%. Максимальное количество смертельных отравлений зарегистрировано в 2006 году - 22,6%, из которых 25% пришлось на смертельные алкогольные отравления и 33% - на смертельные отравления наркотическими веществами. Минимальное количество смертельных отравлений наблюдалось в 2013 году, составив 14,5% от общего количества случаев насильственной смерти. Прослеживается тенденция снижения уровня смертельных отравлений наркотическими веществами в обозреваемый период. Смерть от воздействия крайних температур наиболее часто происходила в 2005 году, составив 9,5%. В этом же году сравнивалось количество смертельных исходов от действия высокой и низкой температуры. В остальные годы количество смертельных случаев от действия низкой температуры примерно в 2 раза превышало количество таковых от воздействия высокой температуры. Показатели летальности от электротравмы и огнестрельных ранений имели в изучаемый период небольшие колебания и в каждом случае не превышали 1% от общего количества насильственной смерти.

Проведенным исследованием выявлена тенденция к снижению доли насильственной смерти по РТ за период с 2005 по 2013 год. Однако ежегодно увеличивается количество автотравм со смертельным исходом, как в относительных, так и в абсолютных показателях. В анализируемый период в РТ наблюдается устойчивая тенденция снижения уровня смертельных отравлений наркотическими веществами.

## **СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ДОСТУПНОСТИ ЛАБОРАТОРНЫХ УСЛУГ У НАСЕЛЕНИЯ ГОРОДСКИХ ОКРУГОВ И СЕЛЬСКИХ РАЙОНОВ САМАРСКОЙ ОБЛАСТИ**

**Золотарев П.Н.**  
**Самарский институт РЕАВИЗ**  
**Научный руководитель – д.м.н., проф. Гелашвили П.А.**

В настоящее время всё шире отмечаются расхождения в уровне оказания медицинских услуг жителям городского округа и сельского поселения. Низкий уровень оказания медицинских услуг на селе отражается в несоблюдении ряда стандартов оказания медицинской помощи населению. Не исключением в данном случае является и такая услуга, как лабораторная диагностика. Среди основных жалоб, которые проявляют жители сел: удалённость от медицинской лаборатории, длительные очереди и время ожидания, невозможность получения полного перечня лабораторных услуг, назначенных лечащим врачом. Всё это послужило основанием для изучения такого критерия, как доступность лабораторных услуг населению городского округа и сельских районов Самарской области.

В опросе приняло участие 236 человек. Число жителей городских округов составило 149 человек (63%), а жителей сельских районов – 87 человек (37%). В ходе исследования установлено, что более 90% населения сельских районов отмечают значительные затраты времени на дорогу до медицинской лаборатории: более 45 минут, тогда как жители городских районов тратят не более 30 минут. Аналогичная закономерность отмечается и при анализе такого показателя, как возможность получения полного перечня лабораторных исследований в одном месте. Так только 15% населения городских округов отмечают невозможность сдачи назначенных анализов лечащим врачом в медицинской лаборатории по месту жительства. Тогда как у пациентов сельской местности данный показатель составляет 60%.

Всё вышесказанное должно послужить основанием, для рассмотрения возможности усовершенствования организации медицинской помощи жителям сельских районов. А такой показатель, как доступность лабораторной услуги у населения области, можно использовать, в роли маркера соблюдения стандарта оказания медицинской помощи населению

## **АСПЕКТЫ РАЗВИТИЯ ПОНЯТИЯ «КАЧЕСТВО ЖИЗНИ»**

**Трегуб П.О., Трегуб В.Л.**  
**Харьковский национальный медицинский университет**  
**Научный руководитель – д.м.н., проф. Огнев В.А.**

Термин «качество жизни» появился в середине 50-х годов прошлого века. Это было обусловлено изменением общего политического климата в мире, появлением новых приоритетов в развитии человечества - прав и свободы людей. Этот термин стал распространяться в медицине с 1947 года, когда Д. Карнофский опубликовал работу под названием «Клиническая оценка химиотерапии при раке», в которой впервые в науке была предпринята попытка оценить отдельные составляющие качества жизни у больных раком, и предложены методы нефизиологического исследования характеристик болезни. В 1966 году в медицинском научном журнале «Annals of Internal Medicine» Дж. Р. Элккinton опубликовал статью под названием «Медицина и качество жизни». Она была посвящена проблемам трансплантационной медицины, в которой качество жизни выступило как центральная проблема медицины.

В настоящее время «качество жизни» человека — понятие, которое является более широким, чем просто материальная обеспеченность и предусматривает участие в оценке не только таких объективных факторов, как качество воды или воздуха или наличие и доступность культурных учреждений, но и глубоко субъективных факторов, как, например, удовлетворённости отдельных индивидуумов своей жизнью. В 2005 году компания Economist Intelligence Unit разработала индекс качества жизни, который основывается на методологии, которая связывает результаты исследований по субъективной оценке жизни в странах с объективными детерминантами качества жизни в этих странах.

Исследование использует девять факторов качества жизни для определения оценки страны:

1)здоровье, 2)семейная жизнь, 3)общественная жизнь, 4)материальное благополучие, 5)политическая стабильность и безопасность, 6)климат и география, 7)гарантия работы, 8)политическая свобода, 9)гендерное равенство. Украина по этому индексу заняла 98 место среди 111 стран для которых он был рассчитан.

Понятие «качество жизни» продолжает развиваться в различных областях жизнедеятельности человека, позволяет дать оценку определенным процессам как на индивидуальном так и на популяционном уровнях, используется в самых различных областях, в том числе в области международного развития, философии, политологии и здравоохранения.

## **ВЛИЯНИЕ СЕССИИ НА СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ СТУДЕНТОВ**

**Карпечина А.О.**  
**Белорусский государственный медицинский университет**  
**Научный руководитель – к.м.н., ст. преп. – Куницкая С.В.**

Цель: изучение динамики стрессового состояния у студентов 5 курса Белорусского государственного медицинского университета во время зимней сессии в 2 этапа (до сессии, в конце сессии).

Методы исследования: социологический, статистический. Исследование проводилось поэтапно. Изучено состояние здоровья студентов 5 курса до сессии и в конце сессии. Студенты заполняли анкету, состоящую из следующих блоков: 1) визуально-аналоговая шкала по определению состояния здоровья; 2) вопросы об изменении в самочувствии в связи с сессией.

Полученные результаты: Эмоциональное напряжение у студентов начинается за 3–4 дня до начала сессии и сохраняется на всем ее протяжении.

Используя метод визуально-аналоговой шкалы, у студентов была возможность оценить состояние своего здоровья. Имеется статистически значимое снижение в баллах по визуально-аналоговой шкале уровня здоровья: перед сессией респонденты определили уровень здоровья -  $75,8 \pm 1,75$  балла из 100 возможных, в конце сессии -  $67,8 \pm 2,71$  балла, ( $p < 0,05$ ).

После сессии на вопрос «Чувствуете ли Вы какие-либо изменения в состоянии Вашего здоровья?» - 26,1% отметили легкое недомогание, связанное с перенапряжением и 71,7% респондентов не заметили каких-либо изменений в состоянии здоровья. 54,3% студентов остались вполне довольны своими результатами, 28,3% – дали себе оценку «неплохо, но мог подготовиться лучше» 17,4% студентов остались недовольны результатами зимней сессии.

Таким образом, состояние здоровья студентов до сессии характеризовалось как удовлетворительное, в конце сессии наблюдается ухудшение здоровья по результатам визуально-аналоговой шкалы ( $p < 0,05$ ). Легкое недомогание после сессии отметили 26,1% студентов. 54,3% студентов довольны результатами сдачи экзаменов, 28,3% студентов считают, что могли показать лучшие результаты.

## **МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ИНТЕРНЕТ-ЗАВИСИМОСТИ СТУДЕНТОВ**

**Салпынов Ж.Л.**

**ОА «Медицинский университет Астана»**

**Научный руководитель – к.м.н., проф. Карп Л.Л.**

Цель работы: изучение Интернет-зависимости среди студентов младших курсов вузов трех стран постсоветского пространства: Казахстана, Украины и Узбекистана.

Материалы и методы. Исследование базировалось на опроснике, состоящем из 2-х разделов: демографической части и классического опросника К.Янг, с помощью которого определялась степень проблемного использования Интернета (ПИИ). Оценка баллов происходила по шкалам: социальный комфорт (СК), степень одиночества (СОД), степень отвлеченности (СОТ) и степень импульсивности (СИ). Полученные средние величины с их ошибками сравнивались по критерию Стьюдента. Всего в 3-х ВУЗах (Медицинском университете «Астана» (KZ), Украинской Медицинской Стоматологической Академии (UA) и Ташкентском институте инженеров железнодорожного транспорта (UZ) обследовано 578 студентов.

Результаты. Отмечено, что студенты чаще всего пользуются Интернетом 5 и более раз в неделю. Обнаружены существенные различия по частоте выхода в Интернет среди юношей и девушек с преобладанием среди лиц мужского пола ( $p < 0,05$ ). Выявлена тенденция к увеличению пребывания у представителей мужского пола. Студенты-юноши UA более аддиктивны, нежели студенты-девушки KZ, UA и UZ. Менее выраженная аддиктивность отмечена у студентов – юношей KZ и UZ. Большая часть деятельности студентов ориентирована на поиск информации и пребывание в он-лайн ради развлечения. Каждый пятый респондент испытывал необходимость в дополнительном времени. Нами получены результаты расчетов по 4 блокам, характеризующим степень ПИИ среди студентов трех стран. Сравнение показателей ПИИ по определенным критериям в UA по гендеру свидетельствует об их превалировании среди лиц мужского пола. Между тем, среди студентов KZ по двум шкалам отмечено преобладание ПИИ у юношей (СК и СИ), а по двум другим у девушек (СОД и СОТ).

Заключение. По большинству критериев отмечено существенное преобладание их у студентов УМКА по сравнению с МУА и ТИИЖТ, особенно у юношей. В то же время сравнительная характеристика ПИИ среди студентов не выявила статистически значимых различий по гендерному признаку ( $p > 0,05$ ). Нулевая гипотеза, суть которой состояла в отсутствии различий показателей аддиктивного поведения у студентов, не подтверждается.

## **ПУТИ ПОВЫШЕНИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО УРОВНЯ ВРАЧЕЙ СЕЛЬСКОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**

**Маталипова А.М.**

**Омская государственная медицинская академия**

**Научный руководитель – к.м.н., проф. Карп Л.Л.**

Пути повышения профессионального уровня врачей сельского здравоохранения

Цель исследования: Изучить пути повышения профессионального уровня врачей сельского здравоохранения.

Методы: проведено социологическое исследование (анкетирование) 82 сельских врачей Северного Казахстана.

Результаты: Анализ данных анкетирования врачей сельского здравоохранения Северного Казахстана по повышению профессионального уровня показывает, что курсы повышения квалификации проходят регулярно. Установлено, что 80,4% врачей удовлетворены последним курсом повышения квалификации, причем наибольшая удовлетворенность отмечена у врачей со стажем 20 и более лет. Врачи со стажем до 19 лет ответы были не утвердительны, неудовлетворенность которых выражается в качестве лекционного и методического материала, методике преподавания.

Вместе с тем, только 46,3% респондентов смогли применить свои знания на практике. Применить свои знания и навыки на практике больше всего могли сельские врачи со стажем 15-19 лет и 20 лет и более (59,2%).

При ответе на вопрос: «Есть ли у Вас возможность самообразования?» 58,5% респондентов ответили положительно, из них со стажем врачи до 5 лет - 66,6% ответов, а врачи со стажем 6-9 лет - 56,2% положительных ответов, которые показывают, что врачи сельского здравоохранения стремятся к самообразованию и получать их регулярно, а также знакомиться с новыми тенденциями информационных технологий. Необходимо отметить, что 30,4% опрошенных указали на отсутствие возможности самообразования, что свидетельствует в целом о недостаточной уверенности врачей в своих способностях самостоятельно усваивать новый материал.

Выводы: Анализ изучения путей повышения профессионального уровня показал в целом удовлетворенность врачей сельского здравоохранения. 58,5% врачей стремятся к профессиональному росту и развитию свидетельствует об имеющемся потенциале. 30,4% врачей ответивших о невозможности самообразования, отсутствия стремления повышать свой профессиональный уровень с убеждением, что достигли определенного уровня. 46,3% респондентов которыми оказались врачи с большим профессиональным стажем смогли полученные знания применить на практике и улучшить тем самым свои практические навыки. Это повысит эффективность оказываемой ими специализированной медицинской помощи.



## **ОТНОШЕНИЕ СТУДЕНТОВ-МЕДИКОВ К СОБСТВЕННОМУ ЗДОРОВЬЮ**

**Букирова К.С.**  
**ОА «Медицинский университет Астана»**  
**Научный руководитель – к.м.н., проф. Карп Л.Л.**

Цель исследования: провести сравнительный анализ и дать оценку отношения к собственному здоровью студентов медицинского университета.

Методы исследования. С помощью разработанной нами анкеты проведено социологическое исследование 387 студентов 1-5 курсов Медицинского университета «Астана».

Результаты. В соответствии с трактовкой здоровья по ВОЗ (приведенной в анкетах) более половины респондентов (55,3%) считают себя здоровыми, частично здоровыми - 32,5%. В то же время 8,3% студентов здоровыми себя не считают. Источником осведомленности в области медицины и собственного здоровья большинство студентов признали Всемирную сеть (36,4%). Вторым по важности источником медицинских знаний стали врачи (19,9%). Согласились с тем, что недостаточно заботятся о своем здоровье 35,6% опрошенных студентов. Такая самокритичность увеличивается от курса к курсу (25,6% на первом курсе против 33,7% на пятом). Среди причин недостаточной заботы о своем здоровье, респонденты выделили: отсутствие времени (40,5%), 30,3% юношей заявили, что в этом нет необходимости, 29,6% девушек ссылается на материальные трудности. В системе человеческих ценностей лидирующие места занимают здоровье (30,3%) и счастливая семейная жизнь (27,6%). Структура ценностей студентов однородна и у юношей, и у девушек. Самыми распространенными ответами респондентов на вопрос «как Вы чувствуете себя, когда узнаете об ухудшении своего здоровья?» были «я озабочен» и «я расстроен» (23,5% и 19,3% соответственно). Для поддержания здоровья 25,1% занимаются физическими упражнениями, 22,2% избегают вредных привычек. Опрос показал, что следят за своим весом в большей степени юноши (7,9%), тогда как девушки больше уделяют внимание режиму сна и отдыха (12,5%). Несмотря на достаточность знаний в области медицины и здравоохранения, студенты при недомогании предпочитают самолечение, исходя из предыдущего опыта (34,1 % всех респондентов). В то же время обращаются к врачу 26,8%.

Выводы. Исследование показало, что абсолютное большинство студентов АО «МУА» считает себя здоровыми или частично здоровыми. Однако, учитывая то, что значительный процент респондентов заявил о наличии хронических заболеваний, можно сделать вывод о неадекватной оценке уровня своего здоровья студентами.

## **ОРГАНИЗАЦИЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ С ОНКОГЕМАТОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ**

**Пантелеева Г.М.**  
**Казанский государственный медицинский университет**  
**Научный руководитель – д.м.н., проф. Гильманов А.А.**

В Российской Федерации продолжается рост заболеваемости населения злокачественными новообразованиями.

Заболеваемость злокачественными новообразованиями в Республике Татарстан среди детей (0-14 лет) в 2011 году составила 13,3 на 100 000 населения, увеличившись с 2007 года на 7,3%.

В структуре заболеваемости злокачественными новообразованиями у детей в России гемобластозы составляют 45 — 46% (или от 1400 до 2100 случаев в год).

По данным отделения онкогематологии ГАУЗ ДРКБ МЗ РТ на лечение в 2012 году поступило 849 ребенка, что на 73% больше, по сравнению с 2007 годом.

Основным путем лечения лейкозов является химиотерапия.

Слизистые оболочки полости рта особо чувствительны к разрушающему воздействию цитостатических агентов. Частота оральных осложнений достигает у пациентов с лейкозами 90-100%. В условиях иммунодепрессии пораженная слизистая становится «входными воротами» для инфекций, летальность от которых составляет 60-70% среди причин смерти больных с гематологическими опухолями.

В связи с этим, каждый онкологический центр должен обладать протоколом работы с пациентами, в котором было бы предусмотрена организация паллиативной стоматологической помощи и четко обозначена роль стоматологического гигиениста до, во время и после лечения онкологического заболевания.

Целью настоящего исследования является изучение состояния стоматологической помощи детям с онкогематологическими заболеваниями и определение путей ее совершенствования и профилактики в зависимости от стадии основного заболевания.

На основании изучения статистических отчетно-учетных материалов, математической обработке данных анкетных исследований проводится разработка модели организации стоматологической помощи детям с онкологическими заболеваниями кроветворной системы в госпитальный период и период реабилитации.

В настоящее время разработан ряд программ комплексной профилактики стоматологических заболеваний у детей, получающих химиотерапевтическое лечение. Однако, реализация их на практике не осуществляется. Целесообразна организация самостоятельного стоматологического кабинета в детском онкогематологическом центре с предварительно подготовленным врачом-стоматологом, оказывающим лечебно-профилактическую помощь с учетом стадии основного заболевания и в тесном сотрудничестве с врачом-онкологом отделения.

## **СОПОСТАВИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА УРОВНЕЙ И УДЕЛЬНОГО ВЕСА СМЕРТНОСТИ ОТ БОЛЕЗНЕЙ СИСТЕМЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ И СИМПТОМОВ, ПРИЗНАКОВ И ОТКЛОНЕНИЙ ОТ НОРМЫ, НЕ КЛАССИФИЦИРОВАННЫХ В ДРУГИХ РУБРИКАХ В РЕСПУБЛИКЕ ТАТАРСТАН**

**Калачёва О.А., Егорова О.А.**  
**Казанский государственный медицинский университет**  
**Научный руководитель – к.м.н., доц. Камалова Ф.М.**

Цель: выявить закономерности формирования динамики смертности от болезней системы кровообращения и от прочих причин (симптомов, признаков и отклонений от нормы, не классифицированных в других рубриках).

Методы исследования: аналитический, статистический, медико-демографический.

Материал: данные официальной статистической информации за 2010-2012 гг.

Результаты: В Республике Татарстан начиная с 2010 год в структуре смертности населения выделена доля симптомов, признаков и отклонений от нормы, не классифицированная в других рубриках (неясного генеза), ранее включенная в прочие

причины. Так, в 2010 году их удельный вес составлял 1,5%, в 2011 – 4,3%, в 2012 – 9,4%. В то же время удельный вес умерших от болезней системы кровообращения 63,4%, 59,3% и 53,7% соответственно. Поскольку в официальных статистических данных по районам Республики Татарстан не выделена доля причин неясного генеза, нами проанализированы удельный вес от болезней системы кровообращения и прочих причин. Причем, по Республике Татарстан соотношение их было 53,7% и 12,0%, в Казани -58,1% и 6,3%, в Набережных Челнах -53,3% и 6,9%. Соответственно показатели смертности сложились 655,1 и 146,1, 671,2 и 72,9, 432,8 и 55,9 на 100 000 среднегодового населения. Однако в районах РТ эти различия значительны, с максимальным диапазоном в удельном весе 27,9% и 49,5%, а в показателях смертности 402,0 и 712,3 на 100 000 среднегодового населения.

Заключение: Выявлена новая тенденция в формировании смертности населения РТ. Это требует углубленного анализа проблемы и принятия соответствующих управленческих решений.

#### **АНАЛИЗ ТРАВМАТИЗМА В РЕСПУБЛИКЕ ТАТАРСТАН ЗА 2008-2012 Г.**

**Теплов О.В.**

**Казанский государственный медицинский университет  
Научный руководитель – д.м.н., проф. Гильманов А.А.**

Цель: Проанализировать статистические данные по травматизму среди всего населения РТ по структурам всех возрастов за 2008г-2012гг.

Средства: Статистические данные по смертности, заболеваемости и травматизму в РТ за 2008-2012гг.

Методы: Статистический анализ полученных результатов.

Результаты: За период 2008 – 2012 гг травматизм среди всего населения РТ незначительно снизился с 10430.9 на 100 тыс. среднегодового постоянного населения, соответствующего возраста, до 10336.0 или на 1%.

У детей (0-17 лет) с 2008 по 2012 травматизм увеличился с 12928.9 на 100 тыс. среднегодового постоянного населения, соответствующего возраста до 13114.0 или на 1.5%.

У взрослых (18 лет и старше лет) с 2008 по 2012 травматизм уменьшился с 9811.4 на 100 тыс. среднегодового постоянного населения, соответствующего возраста до 9675.4 или на 1.4%.

Как и в 2008г в структуре травматизма за 2012 год преобладают поверхностные травмы, открытые раны, травмы кровеносных сосудов, которые составляют 49.3% от общего количества случаев травматизма в РТ.

Анализ полученных результатов и выводы:

Снижения травматизма у всего населения произошло за счет уменьшения количества случаев травм нервов и спинного мозга с 31.8 до 20.4 (36%), травм нижних конечностей с 855.0 до 812.6 (5%), прочих травм и отравлений с 987.4 до 910.7(8.5%).

Повышение травматизма у детского населения произошло за счет повышения в структуре травматизма уровня травм мышц, аппарата суставов и сухожилий с 1722.7 до 1956.4 (на 12%).

Снижения травматизма у взрослого населения произошло за счет уменьшения количества травм нервов и спинного мозга с 35.4 до 20.9 (41%), прочих травм и отравлений с 1066.1 до 951.1(11%).

#### **ОБЩИЙ КОЭФФИЦИЕНТ РОЖДАЕМОСТИ В РТ**

**Ахметгариева А.А.**

**Казанский государственный медицинский университет  
Научный руководитель – д.м.н., проф. Гильманов А.А.**

Демографическая ситуация в РТ за последние годы показывает положительную динамику рождаемости.

Цель исследования: изучение показателей рождаемости за последние 6 лет в Республике Татарстан.

Задача: определить тенденцию рождаемости за 6 лет в городской и сельской местности РТ.

Методы: Анализ статистических данных по демографическим показателям, в частности коэффициента рождаемости, полученные в Республиканском медико-аналитическом центре министерства здравоохранения РТ. Были проанализированы данные за 6 лет.

Результаты: темп роста рождаемости в настоящее время составляет 2,1% с 11,8 в 2008 году до 14,8 в 2013 году на 1000 населения. В городской местности на 8,7 с 11,8 в 2008г. до 15,0 в 2012г., в сельской местности на 7,4% с 11,6 в 2008г. до 13,0 в 2012г.

Вывод: Увеличение коэффициента рождаемости в городской и сельской местности.

#### **АНАЛИЗ СМЕРТНОСТИ ЗА 2013 ГОД В РЕСПУБЛИКЕ ТАТАРСТАН**

**Валиуллина Э.И.**

**Казанский государственный медицинский университет  
Научный руководитель – д.м.н., проф. Гильманов А.А.**

Цель: анализ смертности за 2013 год в Республике Татарстан.

Методы исследования: математическая статистика.

Структура смертности по возрастам: общее число умерших - 46299 человек, умерших в трудоспособном возрасте - 11400 человек, умерших в возрасте 18-64 года - 16681, умерших лиц 0-17 лет - 607.

Структура смертности среди всех умерших по классам причин смерти: болезни системы кровообращения - 24347 (52,6%), новообразований - 6763 (14,6%), внешних причин - 4464 (9,6%), инсульта - 3230 (6,9%), инфаркта миокарда - 2188 (4,7%), дорожно-транспортных происшествий - 707 (1,5%), от самоубийств - 674 (1,5%).

Структура смертности лиц трудоспособного возраста по классам причин смерти: болезни системы кровообращения - 3809 (33,4%), инфаркта миокарда - 686 (6,0%), инсульта - 513 (4,5%), внешних причин - 3255 (28,5%), дорожно-транспортных происшествий - 542 (4,7%), от самоубийств - 490 (4,3%), новообразований - 1620 (14,2%).

Структура смертности среди умерших в возрасте 18-64 года по классам причин смерти: болезни системы кровообращения - 6388 (38,3%), инфаркта миокарда - 1052 (6,3%), инсульта - 946 (5,7%), внешних причин - 3671 (22%), дорожно-транспортных происшествий - 589 (3,5%), новообразований - 2981 (17,8%).

Структура смертности среди лиц 0-17 лет по классам причин смерти среди лиц 0-17 лет: от болезни системы кровообращения - 11(1,8%), внешних причин - 137 (22,5%), дорожно-транспортных происшествий - 39 (6,4%), от самоубийств - 10 (1,6%), новообразований -12 (1,9%).

Структура причин смерти из числа умерших на дому: болезни системы кровообращения – 16947 (55,3%), инфаркта миокарда – 593 (1,9%), инсульта – 1248 (4,0%), новообразований – 5545 (18%), внешних причин – 1338 (4,3%), самоубийств – 422 (1,3%).

Заключение: 1. Смертность вследствие болезней кровообращения преобладает в структуре причин смерти в 2013 году (52,6%). 2. Среди лиц трудоспособного возраста и среди лиц 18-64 лет также в структуре причин смерти преобладала смертность вследствие болезней кровообращения (33,4% и 38,3% соответственно). 3. Преобладающим по классам причин смерти среди лиц 0-17 лет являлись внешние причины (22,5%). 4. Наиболее частая причина смерти из числа умерших на дому – болезни системы кровообращения (55,3%).

## **АНАЛИЗ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ КОЕЧНОГО ФОНДА ЦЕНТРАЛЬНЫХ РАЙОННЫХ, РАЙОННЫХ И УЧАСТКОВЫХ БОЛЬНИЦ РЕСПУБЛИКИ ТАТАРСТАН ЗА 2008-2012 ГОДА**

**Зарипов Р.Р.**

**Казанский государственный медицинский университет**

**Научный руководитель – д.м.н., проф. Гильманов А.А.**

Анализ использования коечного фонда центральных районных, районных и участковых больниц Республики Татарстан за 2008-2012 гг.

Стационар – структурное подразделение лечебно-профилактического учреждения, предназначенное для обследования и лечения больных в условиях круглосуточного их пребывания в данном учреждении под наблюдением медицинского персонала.

Цель: анализ использования коечного фонда центральных районных, районных и участковых больниц Республики Татарстан за 2008-2012 гг.

Методы исследования: математическая статистика.

В ходе анализа показателя коечного фонда центральных районных больниц

2008-2012 гг. выявлено что в 2009 году данный показатель увеличился на 6 % по отношению к 2008 году, в дальнейшем отмечается стойкое снижение коечного фонда в 2012 году на 3% относительно показателя 2009 года. Анализируя коечный фонд районных больниц было выявлено что в 2009 году показатель увеличился на 47,7 % по отношению к 2008, далее снижение с 2009 до 2012 на 24 %. В участковых больницах стойкое снижение коечного фонда показатель 2012 года по отношению показателя 2008 снизился на 29%.

Показатель средней занятости койки в году с 2008 по 2011гг снизился на 1,7%, в 2012 году повысился на 2% по отношению к 2011 году. Средняя длительность пребывания больного на койке снизилась на 10% в период с 2008 по 2012 гг. Показатель оборота койки повысился на 11%.

## **РИСКИ ЛИЦ ПЕНСИОННОГО ВОЗРАСТА В КАЗАХСТАНЕ В КОНТЕКСТЕ КАЧЕСТВА ИХ ЖИЗНИ**

**Досжанова Г.Н., Абдулдаева А.А., Карп Л.Л.**

**ОА «Медицинский университет Астана»**

**Научный руководитель – д.м.н., проф. Даленов Е.Д., к.м.н., проф. Карп Л.Л.**

Многие специалисты рассматривают качество жизни, как комплекс характеристик жизнедеятельности индивида, обуславливающих её оптимальное протекание в конкретном времени и в определенных условиях.

Цель: оценка качества жизни работающих и неработающих пенсионеров проживающих в г. Астане.

Материалы и методы исследования: Основным инструментом для изучения КЖ выбрана короткая форма опросника SF-36. Обследовано 198 пенсионеров в возрасте 58-86 лет, медиана возраста для мужчин составила – 69,0 лет, для женщин – 65,7 лет. Среди опрошенных лиц большинство женщины – 58,6%, удельный вес мужчин равен 41,4%. Из них работающие пенсионеры составили – 39 мужчин (47,5%) , 47 женщин (40,5%).

Результаты: При сравнении показателей качества жизни у работающих и неработающих мужчин и женщин были получены статистически значимые различия ( $p < 0,05$ ).

Болевой синдром по интенсивности был менее выражен среди работающих, чем среди неработающих мужчин и женщин ( $62,69 \pm 2,1$ ,  $p < 0,01$ , и  $59,47 \pm 2,68$ ,  $p < 0,001$ ), что значительно повысило физическую активность респондентов, где уровень физического функционирования ( $78,33 \pm 3,27$  и  $75,32 \pm 3,5$  баллов,  $p < 0,001$ ) и жизненной активности ( $62,69 \pm 2,1$  и  $59,47 \pm 2,68$  баллов,  $p < 0,01$ ) у них был выше, чем у неработающих пенсионеров обоих полов.

Провоцируемые старостью ограничения ролевого ( $82,05 \pm 5,03$  баллов,  $p < 0,01$ ) и эмоционального функционирования ( $83 \pm 5,01$  баллов,  $p < 0,05$ ) менее выражены у работающих, чем у неработающих мужчин.

В то же время у работающих женщин психическое здоровье ( $59,47 \pm 2,68$ ,  $p < 0,01$ ), а у работающих мужчин общее состояние здоровья ( $62,18 \pm 2,66$ ,  $p < 0,05$ ) оценивалось выше, чем у неработающих пенсионеров, что видимо, связано с реактивностью организма, обусловленной генетическими особенностями.

Выводы: Риски ухудшения качества жизни у неработающих пенсионеров зачастую обусловлены не только состоянием здоровья, но и влиянием многих социально-экономических проблем: низким материальным благосостоянием, ограничением круга общения, накоплением хронических патологий, сопровождающихся ограничением физической активности, повышенным уровнем тревожности, расстройствами мнестических и когнитивных функций, в свою очередь возможно, ускоряющее их процесс старения.

## **СМЕРТНОСТЬ ОТ БОЛЕЗНЕЙ СИСТЕМЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ СРЕДИ СЕЛЬСКОГО И ГОРОДСКОГО НАСЕЛЕНИЯ В РЕСПУБЛИКЕ ТАТАРСТАН**

**Газизов Р.Р.**

**Казанский государственный медицинский университет**

**Научный руководитель – д.м.н., проф. Гильманов А.А.**

Смертность от болезней системы кровообращения в структуре общей смертности значительно превалирует над другими причинами.

Цель: изучить смертность от болезней системы кровообращения среди сельского и городского населения в Республике Татарстан за 2010-2012 годы.

Методы исследования: статистический анализ.

В результате следования были получены данные:

С 2010 по 2012 годы смертность населения Республики Татарстан от болезней системы кровообращения снизилась с 833,31 до 651,88 на 100000 населения, то есть на 21,8%.

Среди городского населения смертность от болезней системы кровообращения снизилась за этот же период с 735,61 до 598,05 на 100000 населения, то есть на 18,7%.

Среди сельского населения этот показатель снизился с 1129,98 до 821,35 на 100000 населения, то есть на 27,3%.

Таким образом, смертность от болезней системы кровообращения среди сельского населения снизилась больше, чем среди городского населения.

В структуре смертности от данной патологии преобладает смертность от ишемической болезни сердца. Снижение смертности от болезней системы кровообращения идет в первую очередь от цереброваскулярной болезни на 20,9% за анализируемый период, затем от ишемической болезни сердца на 13,7% и от гипертонической болезни 4,9%.

## **ОСОБЕННОСТИ НЕКОТОРЫХ ХАРАКТЕРИСТИК ГРУПП БОЛЬНЫХ ГЕМОРРАГИЧЕСКИМ ИНСУЛЬТОМ ГОРОДСКИХ И СЕЛЬСКИХ ЖИТЕЛЕЙ УДМУРТИИ**

**Абанина И.Н., Бывальцев А.Н., Даутов Ф.А.**

**Ижевская государственная медицинская академия**

**Научный руководитель – д.м.н., проф. Попова Н.М., к.м.н., доц. Комиссарова Н.В.**

В XXI веке основную проблему для здравоохранения стали представлять болезни системы кровообращения. В настоящее время эта патология занимает первое место среди причин смерти в большинстве экономически развитых стран.

Цель исследования: Провести оценку эффективности консервативного и хирургического методов лечения пациентов с острым нарушением мозгового кровообращения по геморрагическому типу.

Материалы и методы исследования: Пациенты БУЗ УР Первой республиканской клинической больницы (г. Ижевск) в количестве 384 человек, находившиеся на стационарном лечении в неврологическом и нейрохирургическом отделениях за 2011 – 2012 год, с диагнозом ОНМК по геморрагическому типу. При обработке медицинских карт пациентов определялись следующие показатели: пол, возраст пациента, трудовая занятость, время от момента возникновения инсульта до доставки в больницу. Определялось время от момента доставки в больницу до проведения компьютерной томографии, локализация и размер очага, продолжительность стационарного лечения пациента.

Полученные результаты: Среди больных геморрагическим инсультом преобладает мужское население, жители городов. В большинстве случаев больных доставляет скорой медицинской помощи, среднее время транспортировки в течение часа. Первичный комплекс обследований, включающий нейровизуализацию, проводится всем, без исключения, больным в течение 30 минут от момента доставки в больницу. Среднее значение объема гематомы в группе больных с летальным исходом 35 см<sup>3</sup> среди выписанных пациентов 14 см<sup>3</sup> ( $p < 0,05$ ).

Выводы:

1. Среди больных геморрагическим инсультом преобладают работающие мужского пола, жители городов.
2. Среднее значение койко-дней среди выписанных пациентов соответствует нормативным показателям (МЭС).
3. В группе больных с летальным исходом объем гематомы в 2 раза больше (35 см<sup>3</sup>), чем среди выписанных (14 см<sup>3</sup>) пациентов
4. Оперативное вмешательство при геморрагическом инсульте повышает выживаемость пациентов.

## **СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ЖЕНСКИХ КОНСУЛЬТАЦИЙ ПО ОСНОВНЫМ ПОКАЗАТЕЛЯМ**

**Бартова Н.А., Абдуллина Г.З.**

**Казанский государственный медицинский университет**

**Научный руководитель – д.м.н., проф. Хузиханов Ф.В.**

Цель: Сравнить динамику изменений основных показателей деятельности двух женских консультаций города Казани.

Задачи:

1. Изучить основные показатели деятельности женских консультаций за ряд лет (2010, 2011, 2012 года).
2. Провести сравнительный анализ работы женских консультаций.
3. Разработать предложения по улучшению работы.

Методы:

1. Статистический анализ
2. Исторический анализ

Женская консультация – амбулаторно-поликлиническое лечебно-профилактическое учреждение, основной задачей которого является амбулаторная и диспансерная помощь женщинам в период беременности и послеродовой период, гинекологическая помощь. Характер и эффективность деятельности зависит от многих факторов, таких как укомплектованность рабочими кадрами, уровень профессионализма персонала, преобладание той или иной возрастной группы обслуживаемого населения, вспышки заболеваний.

Мы рассмотрели и проанализировали деятельность двух действующих женских консультаций города Казани в течение 3 лет: женской консультации № 10 и женской консультации при поликлинике № 19. Так как число обслуживаемого населения различно, мы использовали только статистические показатели деятельности для более точной картины.

В ходе исследования было выявлено, что процент раннего охвата, несмотря на различное количество женщин фертильного возраста, приходящихся на 1 акушера-гинеколога за год, в течение трех лет сохраняют примерно равные позиции. Тогда как, к примеру, разница в числе родов на 100 беременностей, имеющая в 2010 незначительную величину в 1%, к 2012 году вырастает до 12%.

Динамика показателей мертворождаемости имеет разные тенденции в обеих женских консультациях. Если в консультации № 10 число мертворожденных на 1000 родов постепенно снижается, то в женской консультации при 19 поликлинике оно растет.

В 2010 году число женщин, пользующихся гормональной контрацепцией и ВМС, не имело существенных различий, в 2012 же, по данным обеих женских консультаций женщины фертильного возраста отдают большее предпочтение внутриматочным спиралям.

## **ОЦЕНКА КАЧЕСТВА РАБОТЫ СТАЦИОНАРНОГО ОТДЕЛЕНИЯ КРУПНОЙ МНОГООФИЛЬНОЙ БОЛЬНИЦЫ**

**Валеева З.М., Хабибулина А.Р.**  
**Казанский государственный медицинский университет**  
**Научный руководитель – к.м.н., доц. Камалова Ф.М.**

Цель исследования: изучение удовлетворенности пациентов и врачей качеством оказываемой стационарной помощи в крупной многопрофильной больнице

Задачи исследования: выяснение наличия неудовлетворенности пациентов и врачей качеством оказываемой помощи, изучение структуры предъявляемых жалоб.

Материалы и методы: анкетирование пациентов и врачей кардиологического отделения крупной многопрофильной больницы

Результаты исследования: проведено анкетирование 45 пациентов (среди них 21 мужчина, 23 женщин) и 13 врачей (среди них 7 женщин и 6 мужчин). В возрастной структуре пациентов преобладают лица 45-60 лет (62%)

Качеством оказываемой медицинской помощи в условиях стационара удовлетворена большая часть респондентов, так работой приемных отделений удовлетворены 67,0 % опрошенных, санитарно-гигиеническими условиями 57,6 % и материально-техническим оснащением (66,7%). Неудовлетворительно оценены организация питания (20,7 %).

На вопрос «Приходилось ли Вам использовать личные денежные средства при лечении в период данной госпитализации (приобретать лекарственные средства, изделия медицинского назначения, оплачивать оперативное лечение, обезболивание и др.)» большая часть респондентов (79,4%) не использовала личные средства при обследовании и лечении при госпитализации.

При опросе врачей о приверженности пациентов к лечению 65,6% ответили, что «Периодически выполняют рекомендации», а 35,1% - «Полностью следуют рекомендациям». Отношение пациентов к врачам было оценено последними как «уважительное» (68,2%).

Отношением медицинского персонала респонденты в целом удовлетворены о чем свидетельствует высокий показатель (более 60%) по позиции: отношение медицинского персонала с вниманием и участием. Второе место занимает позиция: не очень внимательно (10,6% врачи, 7,9% средний медицинский персонал и 7,3% санитарки). Отмечается примерно равное процентное соотношение по вопросам: «с безразличием» и «затрудняюсь ответить» и низкий процент «отношение с раздражением и грубостью» (в среднем 1%).

Выводы: несмотря на то, что большая часть пациентов и врачей удовлетворена качеством оказываемой медицинской помощи, с целью повышения качества обслуживания в данном учреждении следует провести ряд организационных мер в связи со структурой жалоб. Проблема требует более глубокого изучения.

## **ИССЛЕДОВАНИЕ ПРЕДПОЧТЕНИЙ ВЫПУСКНИКОВ КАЗАНСКОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА ПРИ ТРУДОУСТРОЙСТВЕ**

**Альмухаметов А.А.**  
**Казанский государственный медицинский университет**  
**Научный руководитель – д.м.н., проф. Гильманов А.А.**

Наиболее существенной проблемой кадрового обеспечения здравоохранения является: неравномерное распределение медицинских кадров по субъектам Российской Федерации, а так же городской и сельской местностями.

Цель исследования: изучить предпочтения выпускников лечебного, педиатрического, стоматологического факультетов Казанского государственного медицинского университета 2014 года при трудоустройстве и выборе специальности.

Задачи: выявить потенциальное место трудоустройства выпускников, его связь с местом жительства. Изучить интерес к возможной работе в сельской местности.

Исследование было проведено путем анкетирования. Данные были обработаны с помощью программы Microsoft Excel.

В исследовании приняли участие 210 (48,7% от общей численности) выпускников граждан Российской Федерации: 105 с лечебного, 55 педиатрического, 50 стоматологического факультетов.

Важнейшим вопросом для выпускников, является выбор будущей специальности. Так 64% выпускников определились со своим выбором, а 36% в раздумьях.

Ведущим фактором при выборе специальности, является перспектива карьерного и профессионального роста (32%), материальное положение (18%), условия и организация труда (17%), продолжение семейной традиции (7%), наличие пакета социальных услуг (3%).

В городе планируют работать 90% выпускников, на селе 5%, 5% планируют трудоустройство за рубежом.

В местность, из которой приехали учиться планируют вернуться 51% выпускников, 49% планируют работать в другой местности.

По мнению респондентов, ведущими стимулами при выборе места работы являются наличие: компенсационной выплаты (36,1%), повышенная заработная плата (30%), предоставление жилья (25,7%), возможность профессионального роста и самореализации (19%), материально-техническое оснащение места работы (13,8%), развитость социальной инфраструктуры (12,4%).

Таким образом, необходим комплексный подход к решению имеющихся проблем рационального обеспечения здравоохранения кадрами.

## **ЭЛЕКТРОННЫЙ ПРОТОКОЛ КУРАЦИИ ПАЦИЕНТОВ В СИСТЕМЕ НЕОТЛОЖНОЙ И ПЛАНОВОЙ КОНСУЛЬТАТИВНОЙ ПОМОЩИ ПО РЕСПУБЛИКЕ ТАТАРСТАН**

**Валиева Ю.И., Шигапов И.Ф.**  
**Казанский государственный медицинский университет**  
**Руководитель – д.м.н., проф. Байкеев Р.Ф.**

Одним из современных направлений развития IT-технологий в медицине является создание методики оценки отчетности «технология оценки здоровья пациента», которая включает научную обоснованность, системность, содержательность, прозрачность.

С целью оптимизации работы НПКП разработан электронный протокол по каждой нозологии, предназначенный для вызываемого профильного специалиста, и электронной базы данных с целью логистического анализа службы НПКП и статуса врачей, обращающихся за помощью.

Структура электронного протокола: I. Синдром II. Профиль специалиста III. Информация существенная для вызываемого специалиста. Разделы электронного протокола (профиль, (число синдромов)): 1) абдоминальная хирургия (10); 2) акушерский (2); 3) гастроэнтерологический (4); 4) сосудистая хирургия (6); 5) кардиологический (7); 6) гематологический (4); 7) урологический (5); 8) неврологический (8); 9) ожоговая хирургия (3); 10) травматологический (3); 11) колопроктологический (2); 12) пульмонологический (4); 13) нефрологический (5); 14) эндокринологический (3); 15) торакальная хирургия (8); 16) ревматологический (6); 17) нейрохирургический (7); 18) челюстно-лицевая хирургия (5); 19) кардиореанимационный (2); 20) оториноларингологический (6).

Электронный протокол адаптирован к логистической системе НПКП и каналам передачи информации по линии всей системы МЗ РТ.

Внедрение электронного протокола позволит улучшить деятельность всей системы НПКП по РТ.

## **ПЕРВИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА ОНКОПАТОЛОГИИ СРЕДИ ЛИЦ ЖЕНСКОГО НАСЕЛЕНИЯ**

**Тарасова А.О.**

**Казанский государственный медицинский университет**

**Научный руководители – к.м.н., доц. Ахметзянова Г.З., зам. гл. врача по качеству мед. помощи «РКОД»**

**Мингалимова Е.Ю.**

Онкологические заболевания – одна из наиболее актуальных проблем современного здравоохранения. Согласно последним статистическим данным, в России в течение последних 10 лет отмечается рост заболеваемости раком в 1,5 раза.

Злокачественные опухоли женской половой сферы – наиболее встречающаяся патология, которая часто приводит к инвалидизации и летальному исходу. Ежегодно в мире регистрируется 12,7 млн. новых случаев рака, из них более 1 млн. приходится на заболевания женской половой сферы. По данным управления медицинской информатики и статистики МЗ РФ число больных женщин с впервые установленным диагнозом злокачественного новообразования в 2013 году составило 430 на 100 тыс. человек женского населения, превысив соответствующий показатель 1988 года на 15,7%. Для здравоохранения важнейшей задачей является ранняя профилактика злокачественных новообразований женской половой сферы. Для современной женщины важно знать о всех возможных факторах, которые могут привести к онкологическим патологиям и необходимо заниматься первичной профилактикой. На основании данных ГОСКОМСТАТА сделаны чрезвычайно тревожные выводы: каждые 17 минут в России уходит из жизни одна женщина по причине рака молочной железы, каждые 87 минут – от рака шейки матки.

Цель: выявить причинно - следственные связи возникновения онкологической патологии среди женского населения.

Задачи:

1. Изучить возможные экзо- и эндогенные факторы воздействия на женский организм, повышающие риск развития онкологической патологии.

2. Выявить принципы онкологической настороженности среди лиц женского населения.

3. Разработать меры профилактики онкопатологии для лиц женского пола.

Методы: проведение социологического опроса (анкетирования) лиц женского населения (400 анкет) с целью выявления причинно-следственных связей онкопатологии, находящихся на лечении в онкологическом диспансере.

Заключение: В результате проведенного исследования мы пришли к выводу, что экзогенные факторы оказывают всё большее влияние на женское здоровье. Большое значение имеет время экспозиции.

## **МАРКЕТИНГ В СТОМАТОЛОГИИ**

**Усманова Н.Р.**

**Казанский государственный медицинский университет**

**Научный руководитель – к.м.н., доц. Ахметзянова Г.З.**

Актуальность: Стоматологическая помощь занимает 2 место по обращаемости после терапевтической. Стоматология одна из тех дисциплин, которая остается наукоёмкой и ресурсоёмкой. Открытие новых частных кабинетов и клиник позволяет оказывать помощь населению на высоком уровне. Бурный рост инновационных методик, внедрение передовых технологий способствует удорожанию стоматологической услуги. Однако, много частных кабинетов начиная с 2000 года открылись и вновь закрылись в течение 1 года – 1,5 лет. При этом не были учтены множество факторов, которые обеспечивают приток пациентов в частные клиники, так как не проводились маркетинговые исследования. Поэтому мы ставим своей целью проведение маркетинговых стоматологических исследований среди взрослого населения.

Цель исследования: использование маркетинговых технологий с целью планирования открытия частного кабинета.

Материалы и методы: анкетирование в рамках социологического исследования 400 жителей г.Казани Вахитовского района.

Результаты: среди респондентов за стоматологической помощью обращаются 65% женщин и 35% мужчин, 40% опрошенных предпочитают платные медицинские услуги в коммерческих клиниках, 12% жителей пользуются услугами коммерческих клиник по системе ОМС, 21% человек прибегает к услугам коммерческих поликлиник по системе ДМС и 27% человек получают помощь в государственных поликлиниках города.

Выбор услуг коммерческих клиник города в 62,5% случаев объясняется респондентами применением высокотехнологичного оборудования, в 7% - безболезненным лечением, в 90,7% - отсутствием очередей и наличием позитивной репутации у стоматологической организации. 27% опрошенных оценили на 2 балла по 5 балльной шкале возможность записи на прием он-лайн (через Интернет).

Тем не менее 95% респондентов оценили организацию стоматологической помощи на «хорошо», 5% - «удовлетворительно»

Данные социологического опроса показывают, что в поликлиниках города имеется ряд недостатков, требующих дальнейшего анализа и принятия управленческих решений в области оказания стоматологической помощи населению.

## **ТАК ЛИ ЭФФЕКТИВЕН КАНЦЕР-РЕГИСТР НА РЕСПУБЛИКАНСКОМ УРОВНЕ?**

**Салахов Т.И.**

**Башкирский государственный медицинский университет**

В соответствие с международными стандартами рекомендованными Всемирной организацией здравоохранения и Приказом МЗ РФ №135 «О совершенствовании системы Государственного ракового регистра» в Российской Федерации стало обязательным ведение федерального канцер регистра с 1999 года. В Республики Башкортостан Канцер-регистр ведется с 1992

года. Самой первой программой канцер-регистра была разработка Республиканского научно-практического центра онкологии и медицинской реабилитации им. Н.Н. Александрова, Республики Белоруссия. Однако с 2011 года, в связи с изменениями в федеральных отчетных формах №35 и №7, ГУЗ Республиканский клинический онкологический диспансер МЗ РБ (далее РКОД) был вынужден перейти на программу Московского научно-исследовательского онкологического института имени П.А. Герцена (далее МНИОН).

На сегодняшний день, ведением всех больных со злокачественными новообразованиями занимается организационно-методический отдел (далее ОМО) онкодиспансера. На практике под ведением подразумевается - постановка пациентов на учет в федеральный канцер-регистр из бумажных носителей, таких как медицинские формы и истории болезней пациентов, в их электронные аналоги. Несмотря на то, что ОМО успешно справляется со своими обязанностями уже который год, в данном эссе будут рассмотрены наиболее часто встречающиеся проблемы.

Из проведенного анализа интервью работников ОМО, медицинские статисты работающие с федеральным канцер-регистром, чаще всего предъявляют жалобы на несколько проблемы, которые мы для удобства систематизировали на два основных блока. Первый блок - это проблемы связанные с временными задержками. А именно, когда форма №090/у, которая должна извещать о выявлении больного раком в течение 3 дней, может задержаться на более длительный срок. В начале 2014 года одним из диспансеров форма была выслана с опозданием в 5 месяцев. В течение это времени пациент успел получить две операции по основному заболеванию. Из-за задержки документов, пациент был поставлен на учет только в 2014 году, хотя должен был быть зарегистрирован в августе 2013. Второй основной блок - это проблемы связанные с заполнением бумажной документации. Не редко встречаются случаи ошибок при заполнении со стороны лечащих врачей. Имеются случаи, когда врачи выставляют не правильную клиническую стадию и стадию TNM, а так же неправильно выставляют диагноз на основании имеющейся клинической картины пациента. Обнаружить данные ошибки медицинским статистам позволяет система «проверки на ошибки», заложенной разработчиками МНИОН в регистре. Результаты анализа показали что, хотя данные проблемы и помогают контролировать правильность постановки диагнозов, все же это происходит сравнительно поздно. Более того, анализ продемонстрировал что эти вопросы негативно влияют на эффективность деятельности сотрудников ОМО.

По прогнозам авторов, решением имеющейся ситуации было бы внедрение популяционного канцер-регистра на местном уровне, а именно в первичных онкологических кабинетах, межрайонных и межмуниципальных онкологических центрах. Обучение врачей и медсестер работе с программой федерального канцер-регистра позволит:

- уменьшить случаи ошибок при заполнении медицинской документации;
- проводить статистический анализ прикрепленных пациентов;
- планировать онкологическую помощь пациентам стоящих на учете
- легко формировать отчеты о своей деятельности.
- участковым онкологам возможность мониторинга пациентов стоящих на учете;

Поэтому внедрение программы канцер-регистра на местном уровне поможет повысить эффективность деятельности, как отделу ОМО так и участковым врачам онкологам.

## **ОСОБЕННОСТИ РАСПРЕДЕЛЕНИЯ ФАКТОРОВ РИСКА БОЛЕЗНЕЙ СИСТЕМЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ У МУЖЧИН ТРУДОСПОСОБНОГО ВОЗРАСТА**

**Лисюков А.Н.**

**Казанский государственный медицинский университет  
Научный руководитель – к.м.н., доц. Камалова Ф.М.**

Актуальность – сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) являются основной причиной смерти во всем мире. Однако, большинство данных заболеваний можно предотвратить путем принятия мер в отношении таких распространенных факторов риска (ФР), как употребление табака, нездоровое питание и ожирение, отсутствие физической активности, повышенное кровяное давление, диабет и повышенный уровень липидов.

Целью нашего исследования было изучение распространенности среди мужчин трудоспособного возраста от 40 до 60 факторов риска, рекомендованные Европейской ассоциацией кардиологов (ЕАК): ожирение, гиподинамия, курение, употребление алкоголя, количество употребляемых овощей и фруктов, липидный спектр и уровень артериального давления.

Методами исследования явились – анкетирование, информационные технологии, статистический и аналитический методы.

Анкетирования проводилось среди мужчин выбранной категории города Казани в социальных сетях, интернет-форумах, раздачи врачам больниц и отцам сокурсников. Выборка в социальных сетях проводилась по месту проживания, возрасту и полу, после чего потенциальным респондентам рассылались сообщения с вежливой просьбой заполнить анкету. Отклик при таком способе исследования составил около 15%.

В результате нами были получены следующие данные: хотя бы один фактор риска выявляется у 97% респондентов, два – у 88%. Самый распространенный фактор риск – гиподинамия (71%). 77% опрошенных не знают собственный уровень холестерина и ещё 20% уровень артериального давления. Около 90% респондентов не соблюдают режим употребления овощей и фруктов, рекомендованный европейской ассоциацией кардиологов.

Закключение – высокая распространенность факторов риска среди мужчин трудоспособного возраста позволяет прогнозировать высокий риск возникновения болезней системы кровообращения и вероятность высокой смертности от них.

В связи с этим, респондентам необходимо четко уяснить важность профилактических осмотров, прохождение диспансеризации населения, минимизировать факторы риска. А тот факт, что около 15% респондентов откликаются на просьбу заполнения анкеты в интернете, говорит об интересе с их стороны к собственному здоровью. Наша задача, как врачей, заключается в перенаправлении этого интереса на посещение докторов с профилактической целью.

## **АНАЛИЗ И ОЦЕНКА КАДРОВОГО СОСТАВА ЦЕНТРОВ АМБУЛАТОРНОЙ ХИРУРГИИ Г. САНКТ-ПЕТЕРБУРГА**

**Друзь А.П., Малахов И.Н.**

**Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова  
Научный руководитель – к.м.н., доц. Гусев О.А.**

Одним из актуальных направлений развития современного здравоохранения является амбулаторная хирургия, которая представляет собой перспективный аналог стационаров в вопросе оказания медицинских услуг пациентам. Для достижения наилучших результатов необходимо обладать должным кадровым потенциалом в стационарозамещающих технологиях.

Целью работы является изучение качественного состава сотрудников центров амбулаторной хирургии (далее – ЦАХ) г. Санкт-Петербурга, анализ их по критериям, избранным экспертным методом, оценка предлагаемых ими направлений развития ЦАХ.

Среди респондентов 41,5% приходится на средний и младший медицинский персонал, 35,4% - на долю врачей и 23,1% - на лиц, занимающих руководящие должности. Оценивая желание поменять работу или отсутствие такового, важно отметить, что 83,1% не сменили бы место работы и только 16,9 ответили на этот вопрос утвердительно. Нехватка медперсонала является актуальной по мнению 23,1% руководителей, 15,4% врачей и 61,4% медсестер. Недостаток помещений отмечают по 20,0% руководящих и врачебных кадров и 60,0% - среднего и младшего медперсонала. 100% лиц, кто выделил отсутствие требуемого количества коек – это представители администрации ЦАХов. В группе респондентов, отметивших нехватку оборудования, преобладают врачи (66,7%), доля медсестер составляет 27,8%, руководства – 16,7%. Ответ «иное» выбрали 50,0% управляющих и 50,0% среднего медицинского персонала.

Одним из важных критериев, изучаемых нами, является то, насколько подготовлены руководители, врачи, медсестры к развитию ЦАХ в городе. Исходя из полученных данных, можно сделать вывод, что кадровый состав является достаточно опытным, многие имеют категории, некоторые – научные степени, но в каждой группе респондентов, независимо от должности, стажа, возраста, имеются лица, считающие ЦАХ неполноценным. Они выделяют ряд недостатков, которые необходимо рассмотреть и устранить для успешного развития данной стационарзамещающей технологии.

## ОНКОЛОГИЯ

### СКРИНИНГ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ: СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ И ПЕРСПЕКТИВЫ

Егорова К.Е.

Казанский государственный медицинский университет  
Научный руководитель - к.м.н., асс. Самигуллин А.А.

Введение: рак молочной железы (РМЖ) занимает первое место в структуре распространенности и смертности от онкологических заболеваний у женщин. В России в 2013 г. в структуре заболеваемости злокачественными новообразованиями женского населения РМЖ составил 20,1%, удельный вес РМЖ в структуре смертности женщин от онкологических заболеваний составляет 17,32%. В целом по России учтено 57,9 тыс. случаев РМЖ. В настоящее время по некоторым регионам более 65% случаев заболевания выявляют в 3-4 стадии.

Цель: данная статистика требует принятия организационных мер по раннему и своевременному выявлению РМЖ; сравнение данных по России с показателями по Европе; доказать целесообразность раннего скрининга с экономической точки зрения; сравнение затрат на диагностику и лечение; анализ основных скрининговых методов, преимущества и недостатки.

Материалы и методы: обзор статей, посвященных ранней диагностике РМЖ, экономическим затратам, и анализ статистических данных за период 2009-2013 годов.

Результат: затраты в России на лечение составляют 94%, а на профилактику – 6%, в Европе, соответственно, 50%. Необходимо перераспределение ресурсов в пользу раннего скрининга, так как финансовые затраты на маммографический скрининг на порядок ниже затрат, связанных с комплексным и комбинированным лечением у 80% больных. Доказана эффективность маммографии как скринингового метода в снижении смертности от РМЖ: чувствительность маммографии для выявления РМЖ составила 90% у женщин в возрасте 50 лет и 80-85% у женщин в возрасте 40-49 лет. Недостатки метода: организация активного участия женщин в скрининге, «интервальный» РМЖ – 15-25%, ложноположительные – 5-25% и ложноотрицательные результаты маммографии – 10-25%, трудности диагностики рака in situ, радиационная нагрузка.

Заключение: анализ полученных данных позволяет оценить состояние современной скрининговой системы РМЖ и наметить пути повышения ее эффективности: строгий алгоритм ведения пациентов, индивидуальный подход, повышение квалификации врачей первичного звена, специалистов лучевой диагностики, оснащение больниц современными маммографическими аппаратами с цифровой приставкой.

### ИЗУЧЕНИЕ ПРОГНОЗА ПРИ МЕЛАНОМЕ КОЖИ

Д.Д. Халиков

Казанский государственный медицинский университет  
Научный руководитель – д.м.н., проф. Ф.Ш. Ахметзянов

Актуальность. Высокая потенция меланомы кожи к лимфогенному метастазированию делает проблему выбора объема оперативного вмешательства при данной патологии весьма актуальной. Единые подходы в лечении меланомы кожи до настоящего времени не определены. Вместе с тем, многие вопросы, которые обсуждались в предыдущие годы, в частности, в отношении объема хирургического иссечения первичной опухоли, нашли окончательное решение на основе крупных многоцентровых рандомизированных исследований и в настоящее время могут рассматриваться в качестве стандартов лечения. Многие авторы считают нецелесообразным выполнение профилактической лимфодиссекции (ЛД) при I-III уровнях инвазии по Кларку. ЛД предлагается выполнять только при появлении метастазов в лимфоузлы (ЛУ).

Целью настоящего исследования является изучение прогноза меланомы кожи в зависимости от степени инвазии первичной опухоли для выработки объема оперативного вмешательства при данной патологии.

Результаты. На учете в онкологической поликлинике с 1990 по 2000 г. находилось 397 пациентов с меланомой кожи. Из них 254 пациента (64%) умерли, о состоянии 13 пациентов ничего не известно (3,3%) и 130 (32,7%) пациентов до сих пор живы. Им проводились следующие виды лечения: 1) хирургическое лечение (306 пациентов – 77,1%). Из них умерли от основного заболевания 166 пациентов (54,2%), от других причин – 18 пациентов (5,9%), до сих пор живы – 110 пациентов (36%), о состоянии 12 пациентов (3,9%) ничего не известно; 2) не проводилось никакого лечения у 25 пациентов – 6,3%). Из них умерли от основного заболевания 21 пациент (84%), до сих пор живы – 4 пациента (16%); 3) хирургическое лечение + химиотерапия (37 пациентов – 9,3%). Из них умерли от основного заболевания 26 пациентов (70%), до сих пор живы – 11 пациентов (30%). Медиана выживаемости после хирургического лечения составила 114, 7 мес., после хирургического лечения + химиотерапии составила 82,05 мес.

У 72 пациентов имелись данные гистологического исследования с уровнем инвазии по Кларку. II уровень инвазии был выявлен у 17 пациентов (23,6%). Летальность в данной группе составила 37,5%. 5-летняя выживаемость 56,3%. III уровень инвазии был выявлен у 32 пациентов (44,4%). Летальность в данной группе составила 71%. 5-летняя выживаемость 45,2%. IV



уровень инвазии выявлен у 15 пациентов (20,8%). Летальность в данной группе 80%. 5-летняя выживаемость 20%. V уровень инвазии был выявлен у 8 пациентов (11,1%). Летальность в данной группе 100%. 5-летняя выживаемость – 25%. Выводы. Уже при III уровне инвазии меланомы кожи следует выполнять профилактическую ЛД.

### **ИММУНОЦИТОХИМИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА ОСТРОГО ЛИМФОБЛАСТНОГО ЛЕЙКОЗА И ЕЕ ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ**

**Зарубина А.Н.**

**Казанский государственный медицинский университет**

**Научный руководитель - д.м.н., асс. Самигуллин А.А., д.м.н. проф. Петров С.В.**

Иммуноцитохимия в ОЛЛ – это один из методов окраски мазков пунктатов костного мозга, изучаемых под микроскопом. Суть этого метода заключается в иммунофенотипировании лимфоцитов с помощью моноклональных антител.

Цель исследования: изучение иммунофенотипа лимфобластного лейкоза для повышения качества диагностики, выявление особенностей опухолевых клеток иммуноцитохимическим методом и оценка прогностического значения.

Методы исследования: за 2011- 2013 гг. в лаборатории иммуногистохимической диагностики РКОД МЗ РТ были изучены мазки пунктатов костного мозга, полученные от 62 больных детей из ДРКБ МЗ РТ с острыми лейкозами, из которых в 49 случаях был острый лимфобластный лейкоз. Из них В-клеточный лимфобластный лейкоз составил 41 случай, а Т-клеточный 8 случаев. Для выявления бластных клеток в мазках применяли иммуноцитохимический метод с использованием моноклональных антител против ряда антигенов: CD7, CD10, CD19, TdT, CD34, HLA-DRII, MPO, CD61, гликофорина А. Кроме того, цитологические мазки окрашивали по Романовскому-Гимзе.

Результаты. С помощью иммунофенотипирования иммуноцитохимическим методом показано, что 75% лейкозов представлены острыми В-клеточными лимфолейкозами «common» типа (CD 10).

Заключение. Прогноз у детей с острым лимфобластным лейкозом «common» типа (CD10+ В-клеточный лейкоз) хороший: в 95% и более случаях после лечения наступает полная ремиссия. У 70–80% больных никаких проявлений болезни нет в течение 5 лет, поэтому их считают излечившимися. При возникновении рецидива в большинстве случаев можно достичь второй полной ремиссии. Больные со второй ремиссией — кандидаты на трансплантацию костного мозга с вероятностью долговременного выживания 35–65%. Результаты диагностики ОЛЛ в нашей лаборатории показывают, что большинство больных детей имеют ОЛЛ «common» типа с хорошим прогнозом течения заболевания.

### **ГАСТРОИНТЕСТИНАЛЬНАЯ СТРОМАЛЬНАЯ ОПУХОЛЬ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА: МОРФОЛОГИЯ, ДИАГНОСТИКА, ЛЕЧЕНИЕ**

**Каримов А.Ф.**

**Казанский государственный медицинский университет**

**Научный руководитель – д.м.н., проф. Петров С.В.**

Актуальность исследования: Гастроинтестинальные стромальные опухоли желудочно-кишечного тракта (GIST или ГИСТ) являются самыми частыми злокачественными новообразованиями желудочно-кишечного тракта мезенхимального происхождения.

Цель исследования: Оценка результатов клинических исследований иматиниба мезилата (Гливек®) у больных с GIST, а также изучение роли иматиниба в лечении GIST.

Материалы и методы: Проанализированы результаты молекулярно-биологических исследований операционного и биопсийного материала 102 гастроинтестинальных стромальных опухолей желудочно-кишечного тракта больных, лечившихся в 2011-2012 г. в республиканском онкологическом диспансере, г. Казань. Показано, что большинство наших больных имели опухоли высокого риска рецидивирования. Проведена оценка действия иматиниба мезилата в лечении гастроинтестинальных стромальных опухолей.

Результаты: В Республике Татарстан пик заболеваемости отмечался в возрасте 50-79 лет, локализация ГИСТ – 70% в желудке, 30% в кишечнике соответственно.

По результатам исследований, проведенных в лаборатории иммуногистохимии РКОД МЗ РТ, г. Казань, экспрессия в опухоли диагностических белков была такова: CD117 – 94%, CD34 – 84%, белок S100 – 14%, десмин – 4%, виментин – 31%, калдесмон – 2%, α-актин – 20%, NSE – 6%, рап-актин – 11%, экспрессии ЭМА не отмечалось. Митотический индекс: в 46% был <5 в 50 полях зрения; в 48% случаев равен 5-10 в 50 полях зрения; в 6% наблюдений >10 в 50 ПЗБУ. В большинстве случаев (77%) экспрессия Ki-67 была низкой (от 0 до 10% клеток), в 17% наблюдений она была высокой (11-20% клеток) и в 6% случаев – от 21 до 30% клеток.

Выводы: До появления иматиниба (Гливек®) системные способы лечения были в основном неэффективны, и этот препарат значительно улучшил исходы терапии пациентов с распространенными формами GIST. Благодаря данной терапии медиана выживаемости увеличилась с менее чем 2 лет до 5 лет.

### **ДИСПЛАЗИИ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ НА ФОНЕ ПАТОЛОГИИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ**

**Агапова Н. В.**

**Саратовский государственный медицинский университет**

**Научный руководитель – к.м.н., доц. Ефимов Е. В.**

Цель исследования

Изучить роль структурно-функционального состояния щитовидной железы в формировании доброкачественных дисгормональных заболеваний молочной железы.

**МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ**

В исследование были включены 40 женщин с различными проявлениями фиброзно-кистозной болезни в возрасте от 19 до 58 лет, находящиеся в лечении в клинике общей хирургии СГМУ.

**РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ**

Фиброаденомы на фоне неизменной ткани обнаружены у 9 пациенток, диффузные изменения ткани молочных желез, выраженная мастопатия с преобладанием железистого компонента у 9, выраженная мастопатия с преобладанием кистозного компонента у 3, выраженная мастопатия с преобладанием фиброзного компонента у 4, инволютивные изменения ткани молочных желез 8.

По результатам проведенного обследования у 25 женщин были выявлены отклонения в состоянии щитовидной железы: 18 пациенткам выставлен диагноз йоддефицитных заболеваний, а у 7 женщин верифицировано наличие аутоиммунных тиреопатий.

Анализ данных показал, что больные мастопатией, не имевшие патологических отклонений со стороны щитовидной железы, были моложе пациенток с сочетанной патологией: медиана возраста у них составила 32,58 года, при йоддефицитных заболеваниях - 36,04 года, а при аутоиммунных тиреопатиях - 37,54 года. Аналогичные результаты получены и в отношении объема щитовидной железы. Так, при отсутствии тиреоидной патологии медиана этого показателя составила 10,66 мл, при ИДЗ - 11,8 мл и 15,18 мл - при аутоиммунных заболеваниях.

Выводы:

1. Частота встречаемости заболеваний щитовидной железы у женщин, страдающих фиброзно-кистозной болезнью составила 75%, при этом 28% пациенток нуждались в проведении активных терапевтических мероприятий со стороны эндокринолога.

2. Выраженность клинических проявлений ФКБ увеличивается по мере нарастания гормонального дисбаланса, обусловленного патологией щитовидной железы. При слабовыраженном течении мастопатии медиана уровня ТТГ составила 2,07 мМЕ/дл, что было значимо ниже, чем в группе с выраженной мастопатией, - 3,12 мМЕ/дл. Аналогичная зависимость выявлена в отношении показателей уровня антител к тиреопероксидазе, медианы которых составили 90,98 ЕД и 144,56 ЕД соответственно.

## **ВВЕДИТЕ НАЗВАНИЕ БОЛЬШИМИ БУКВАМИ**

**Султанбаев А.В.**

**Башкирский государственный медицинский университет**

**Научный руководитель – д.м.н., проф. Сакаева Д.Д.**

Лечение диссеминированного рака молочной железы, остается актуальной проблемой современной онкологии. При проведении химиотерапии у пациентов с диссеминированными формами рака необходимо учитывать предполагаемый эффект токсичности препарата. Учитывая вышеизложенное, эффективными препаратами остаются фторпиримидины, среди которых наибольшее распространение получил 5-фторурацил.

Для поддержания постоянной концентрации фторурацила в крови необходима длительная непрерывная внутривенная инфузия препарата. Использование фторафура позволяет поддерживать такую концентрацию фторурацила в плазме крови, как при пролонгированных внутривенных инфузиях.

Целью настоящего исследования явилось изучение токсичности применения фторафура у больных диссеминированным раком молочной железы. В исследование включены 46 пациентов с IV стадией рака молочной железы.

Средний возраст пациентов составил 45±9,5 лет. В группу исследования вошли пациенты с общим состоянием по ECOG 2 балла.

Фторафур назначали per os на 15 дней из расчета 800 мг/м<sup>2</sup>, разделив на 2 приема в день. Цикл повторяли через 3 недели.

Результаты исследования.

На фоне лечения у всех пациенток отмечалась тошнота 1 степени, которая купировалась антиэметогенными препаратами.

На фоне химиотерапии отмечались гематологические осложнения: лейкопения 1 степени отмечена у 65%; лейкопения 2 степени - 15%; тромбоцитопения 1 степени - 35%; анемия 1 степени - 80%; анемия 2 степени - 15%; нейтропения 1 степени - 65%. При отрицательной динамике показателей крови на фоне ХЛТ по показаниям проводились дополнительная поддерживающая терапия, с целью коррекции показателей крови.

Заключение.

Вопрос о химиотерапии диссеминированного рака молочной железы у больных с тяжелым соматическим статусом остается открытым. Анализ полученных результатов указывает на необходимость изучения эффективности применения фторафура у больных раком молочной железы.

## **ВЛИЯНИЕ ХИРУРГИЧЕСКИХ МЕТОДОВ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ЦЕНТРАЛЬНОЙ И МЕДИАЛЬНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ**

**Софронова Е.Г.**

**Казанский государственный медицинский университет**

**Научный руководитель – д.м.н., проф. Исмаилов А.Х.**

Цель: Целью данного исследования являлось изучение влияния одномоментных реконструктивно-пластических операций на качество жизни (КЖ) больных раком молочной железы (РМЖ) центральной и медиальной локализации, при помощи опросника MOS SF-36.

Материалы и методы: На вопросы опросника SF-36 самостоятельно ответили 259 женщин (от 22 до 74 лет, средний возраст 47,23). Мы разделили респондентов на три группы: в первую группу вошли 111 женщин (средний возраст 46,9), у которых не было выявлено какой-либо патологии, связанной с молочной железой. Во второй группе - 76 пациенток с мастэктомией и видеоторакоскопической парастернальной лимфодиссекцией (средний возраст 44,9). Третью группу - 72 пациента (средний возраст 44,62), которым были выполнены реконструктивно-пластические операции.

Результаты: Средние показатели шкал КЖ в группе здоровых женщин: PF (физическое функционирование) - 76,678; RE (ролевое-эмоциональное функционирование) - 65,753; BP (телесная боль) - 67,116; GH (общее состояние здоровья) - 60,843; VT (жизненная активность) - 58,973; SF (социальное функционирование) - 73,116; RP (ролевое-физическое функционирование) - 68,548; MH (психическое здоровье) - 63,068. Анализ показателей у пациенток второй группы: PF - 54,211; RE - 45,658; BP - 57,474; GH - 45,289; VT - 50,526; SF - 63,763; RP - 43; MH - 58,842. При сравнении КЖ здоровых женщин с КЖ пациенток с мастэктомией, выявлено достоверно ухудшение КЖ по всем параметрам (p<0,05). Параметры КЖ пациенток третьей группы: PF - 81,538; RE - 70,769; BP - 76,962; GH - 63,731; VT - 69,231; SF - 76,5; RP - 69,231; MH - 71,769. При сравнении показателей пациенток третьей группы и женщин первой группы, статистически достоверной разницы не выявлено.

Выводы: Мастэктомия в сочетании с видеоторакоскопической парастернальной лимфодиссекцией является травмирующим фактором для женщин, приводящей к ухудшению КЖ по всем параметрам, однако одномоментные реконструктивно-пластические операции улучшают КЖ до уровня показателей, которые наблюдаются у здоровых женщин.

## **КЛИНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА МУТАЦИИ ГЕНА K-RAS У ПАЦИЕНТОВ С КОЛОРЕКТАЛЬНЫМ РАКОМ**

**Гатауллин Б.И., Гордеев М.Г.**

**Казанский государственный медицинский университет**

**Научный руководитель – д.м.н., проф. Петров С.В., д.м.н., проф. Ахметзянов Ф.Ш.**

В развитии колоректального рака существенную роль играют мутации в гене K-RAS, в котором наиболее часто происходят генетические изменения. Данные мутации в основном встречаются в соматическом варианте, обладают высоким онкогенным потенциалом.

Цель исследования: Изучить частоту мутации в гене K-RAS у пациентов с колоректальным раком. Провести сравнительный анализ пациентов с колоректальным раком по мутантному и «дикому» типу.

Материалы исследования: В исследование включены 120 больных колоректальным раком, получивших комбинированное лечение в ГАУЗ «Республиканский онкологический диспансер» МЗ РТ. Пациентам был проведен генетический анализ на наличие мутаций в гене K-RAS опухолей, полученных в результате оперативного вмешательства.

Результаты исследования: Из 120 пациентов у 35 выявлена мутация в гене K-RAS, у 85 пациентов имелся «дикий» тип гена K-RAS (частота мутаций составила 26,7%). При этом 25 мутаций обнаружено в 12 и 13 кадонах, 7 мутаций в 61 кадоне и 3 – в 146 кадоне. Мутация в гене K-RAS чаще встречалась у женщин, чем у мужчин (37,7% и 20,3% соответственно). У больных раком прямой кишки мутации встречались в 54,3% наблюдений, раком сигмовидной кишки и ректосигмоидного отдела в 25,7%, раком ободочной кишки в 20%. Опухоли толстой кишки с мутантным геном K-RAS более склонны к лимфогенному метастазированию, чем опухоли с «диким» типом (в 45,8%), что косвенно свидетельствует о более агрессивном течении опухолевого процесса при мутантном типе гена. Больные с мутантным типом гена чаще имеют отдаленные синхронные метастазы (в 63,6%), чем больные с «диким» типом (в 36,4%). Данная зависимость является статистически значимой. Таким образом, опухоль с мутантным типом гена обладает агрессивным течением и высоким потенциалом к метастазированию. Годичная выживаемость пациентов с «диким» типом гена K-RAS составила 96,5%, с мутантным типом гена 88,6%.

Заключение: Мутация в гене K-RAS является зависимым с мутантным типом гена признаком. Генетическое исследование нужно включить в стандарты диагностики колоректального рака в качестве предиктивных маркеров для оценки течения и прогнозирования результатов лечения.

## **МАГНИТНО - РЕЗОНАНСНАЯ ДИАГНОСТИКА ОПУХОЛЕЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА**

**Димитриева О.С.**

**Казанский государственный медицинский университет**

**Научный руководитель – д.м.н., проф. Ибатуллин М.М.**

Цель: изучить диагностические возможности магнитно - резонансного исследования при опухолевых поражениях головного мозга.

Методы исследования: исследования проводились с использованием магнитных томографов со средней ( 0,5 Тл ) и высокой ( 1 Тл ) напряженностью магнитного поля. Стандартная программа обследования больного при магнитно - резонансной томографии состояла из получения магнитно - резонансных изображений, взвешенных по T1, T2, T2 – FLAIR - режимам в аксиальной и сагиттальной проекциях с добавлением проекции во фронтальной плоскости. Контрастное усиление, применяемое в ходе магнитно - резонансной томографии проводилось с помощью гадолиния. После введения контрастного препарата магнитно - резонансное исследование продолжалось только с получением T1 - взвешенного изображения.

Методика проводимого исследования позволяла получать томограммы идентичной локализации с нативной серией срезов, что было исключительно важным для проведения адекватных сравнений характера, степени и объема изменения контрастности опухолевой ткани.

Результаты: из опухолей головного мозга чаще встречались глиомы, опухоли из мозговых оболочек и оболочек нервов, метастазы. Наиболее характерными магнитно - резонансными диагностическими критериями доброкачественных глиом явились: отсутствие mass - эффекта и перифокального отека, способность опухоли к медленному накоплению контраста. Постоянные критерии магнитно - резонансной диагностики злокачественных глиом: неоднородность их структуры, нечеткость контуров, выраженный mass-эффект и перифокальный отек. Контрастирование проходило быстрее, чем при доброкачественных глиомах. Наиболее значимые магнитно - резонансными признаками менингиом: четкие контуры, однородность структуры, выраженный mass-эффект, накопление контраста до 3-4 минут, гомогенное контрастирование. Для большинства метастазов характерен перифокальный отек.

Заключение: магнитно - резонансная томография имеет большие возможности в диагностике внутримозговых опухолей, что позволяет на ранних этапах прогнозировать течение заболевания и дать возможность выработать индивидуальный подход к тактике последующего лечения пациентов.

## **НЕЙРОЭНДОКРИННЫЕ ОПУХОЛИ ЛЕГКИХ: ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ, ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ**

**Дружкова Е.Б.**

**Казанский государственный медицинский университет**

**Научный руководитель – д.м.н., проф. Афанасьева З.А.**

Среди многообразия злокачественных опухолей выделяется группа новообразований разных локализаций, способных синтезировать биологически активные вещества: гормоны, нейромедиаторы, которые обуславливают их своеобразное клиническое проявление. Источником происхождения данного вида опухолей являются клетки, генетически относящиеся к клеткам APUD-системы (APUD- Amine Precursor Update and Decarboxilation). Учитывая сложность накопления и анализа клинического опыта из-за редкости данного заболевания, незначительное число публикаций на эту тему и интерес со стороны практикующих онкологов, мы считаем данную тему весьма актуальной.

Целью нашего исследования является изучение особенности проявления нейроэндокринных опухолей на примере конкретного клинического случая.

Материалы и методы исследования:

- 1.Проведён обзор литературы на тему нейроэндокринные опухоли.
- 2.Проведён подбор материала в электронном ресурсе: интернет.
- 3.Изучена история болезни и амбулаторная карта пациентки Г 25 лет с диагнозом нейроэндокринный рак нижней доли левого легкого, секретирующий АКТГ.

Результаты:

По данным статистики нейроэндокринные опухоли легких составляют от 1 до 11% от всех опухолей данной локализации. Их клиническое проявление связано с эктопической секрецией гормонов (АКТГ, СТГ, VIP, соматостатин) и нейромедиаторов (ацетилхолин, норадреналин, гистамин, серотонин, брадикинин), что затрудняет их диагностику. При НЭО может развиваться карциноидный синдром, синдром Иценко- Кушенга, акромегалия, диарея. Основным методом лечения является оперативное вмешательство. Вспомогательными методами являются: химиотерапия, интерферонотерапия и применение аналогов соматостатина. Пациентка Г 25 лет поступила в РКОД МЗ РТ с синдромом Иценко- Кушенга. До этого она проходила обследования и лечения в нескольких клиниках по поводу идиопатического остеопороза. При комплексном обследовании была диагностирована АКТГ- синтезирующая нейроэндокринная карцинома нижней доли левого легкого. Была выполнена атипичная резекция. При повторном обследовании через 8 месяцев- полная регрессия синдрома Иценко- Кушенга.

#### **ИСПОЛЬЗОВАНИЕ НАТРИЙ КАРБОКСИМЕТИЛЦЕЛЛЮЛОЗЫ ДЛЯ ФОРМИРОВАНИЯ МАТРИКСА ПРИ ТЕСТИРОВАНИИ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ ОПУХОЛЕВЫХ КЛЕТОК К ХИМИОПРЕПАРАТАМ**

**Валиева Г.Р.**

**Казанская государственная медицинская академия  
Научный руководитель – д.м.н., доц. Рагинов И.С.**

Важной особенностью солидных опухолей является биологическая гетерогенность. Клиническое течение опухолевого заболевания различно даже в пределах однородной группы пациентов. Молекулярно-генетическая характеристика опухоли становится необходимым компонентом при выборе оптимальной терапии наравне с морфологической верификацией и основными методами обследования. Очевидна целесообразность перехода к персонализированной медицине, подразумевающей назначение конкретного лекарственного препарата конкретному больному. Именно определение чувствительности опухолевых клеток к химиопрепаратам является перспективным методом, позволяющим уменьшить токсичность химиотерапевтического лечения. Поэтому нами предлагается модифицировать способ определения индивидуальной чувствительности конкретного новообразования (в данном случае, плоскоклеточного рака шейки матки) к противоопухолевым препаратам в культуре. В настоящее время показано, что трёхмерный матрикс формирует наиболее адекватные условия для опухолевых клеток, чем достигается наибольшая корреляция с результатами, получаемыми в клинике. Цель нашего исследования - изучить возможность применения натрий карбоксиметилцеллюлозы (КМЦ) для формирования трёхмерного матрикса, необходимого для тестирования чувствительности опухолевых клеток к химиопрепаратам. Основные этапы заключаются в нанесении КМЦ в качестве подложки на дно плашек для культивирования, добавлении опухолевых клеток и взвеси КМЦ в культуральной среде RPMI1640 и химиопрепаратов. Химиопрепараты используются в виде 4 комбинаций: цисплатин (в чистом виде, 20мкг/мл), цисплатин+блеомицин (20мкг/мл+100мкг/мл), цисплатин+фторурацил (20мкг/мл+100мкг/мл), цисплатин+гемзар(20 мкг/мл+100мкг/мл). Затем плашки помещают в CO<sub>2</sub>-инкубатор. Экспозиция с цитостатиками продолжается сутки, затем производится оценка количества погибших клеток для определения цитотоксического эффекта цитостатиков. Через сутки инкубации количество погибших клеток под влиянием цисплатина составило 9%, блеомицин+цисплатин 53%, фторурацил+цисплатин 70%, гемзар+цисплатин 88%. Таким образом, можно заключить, что КМЦ позволяет создать трёхмерный матрикс, формирующий адекватные условия для тестирования чувствительности опухолевых клеток к химиопрепаратам.

#### **РАЗРАБОТКА АЛГОРИТМА ОНКОПЛАСТИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ РАКЕ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ЦЕНТРАЛЬНОЙ И МЕДИАЛЬНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ**

**Хамитов А.Р., Ванесян А.С.**

**Казанский государственный медицинский университет  
Научный руководитель – д.м.н., проф. Исмагилов А.Х., д.м.н., проф. Ахметзянов Ф.Ш.**

Введение: Онкопластическая хирургия молочной железы – это раздел радикальной хирургии, целью которой является расширение возможностей органосохраняющего лечения рака молочной железы (РМЖ) с минимальным ухудшением косметических результатов, основанная на интеграции принципов пластической хирургии в процесс восстановления формы молочной железы (МЖ) сразу после удаления опухоли.

Цель: разработка алгоритма применения онкопластических операций (ОПО) у больных РМЖ в зависимости от локализации опухоли в центральной и медиальной зонах и соотношения объема резекции к исходному объему молочной железы.

Материалы и методы: проанализированы данные у 289 пациентов РМЖ центральной и медиальной локализации, перенесших ОПО в отделении маммологии КОД МЗ РТ с января 2004 по январь 2014 гг. с. Нами разработана двухуровневая классификация ОПО в зависимости от соотношения объема резекции к объему МЖ. Для упрощения поставленной задачи МЖ разделена на 12 сегментов, соответствующих цифрам на циферблате и центральную зону (сосково-ареолярный комплекс). Каждый сегмент, в свою очередь, был разделен на проксимальные и дистальные сегменты.

Результаты: применительно к РМЖ центральной и медиальной локализации, в плане меньшей травматичности выполнения и простоты достижения оптимального эстетического результата, мы выделили следующие ОПО: 1) первого уровня - а) центральная сегментэктомия с дермоглангулярной ротацией по Гризотти, б) дермоглангулярная ротация с использованием треугольников Вигора, в) горизонтальная редукционная маммопластика, г) масторедукция «инвертированный Т»; 2) второго уровня – с использованием: а) горизонтального торакоэпигастрального лоскута, б) дермоглангулярного лоскута контралатеральной МЖ, в) торакодорсального лоскута.

Разработан алгоритм использования на практике с учетом локализации опухоли и соотношения объема резекции к объему МЖ.

Заключение: разработанный нами алгоритм позволит индивидуализировать ОПО, упростит задачу практикующих хирургов-онкологов при выборе операции и поможет расширить спектр и количество выполняемых органосохраняющих операций при РМЖ центральной и медиальной локализации.

#### **РАЗРАБОТКА АЛГОРИТМА ВЫБОРА ЭНДОПРОТЕЗОВ ПРИ РЕКОНСТРУКЦИИ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ**

**Камалетдинов И.Ф.**

**Казанский государственный медицинский университет  
Научный руководитель – д.м.н., проф. Исмагилов А.Х.**

Введение: В арсенале хирурга для реконструкции молочной железы присутствует либо использование аутологических тканей, либо реконструкция алломатериалами (экспандеры и/или импланты). У каждого метода есть свои преимущества и

недостатки. При реконструкции молочной железы экспандерами и имплантатами можно назвать следующие преимущества: простота выполнения, меньшая травматичность и минимальное количество послеоперационных рубцов (отсутствие донорской зоны). Недостатками являются дороговизна изделия, сложность достижения начальной и (или) стабильной симметрии, повышение риска фиброзной контрактуры после проведения лучевой терапии, вероятность потери протеза в условиях длительной лимфореи, вследствие нагноения, или повреждения протеза.

Цель: Целью данного исследования является разработка алгоритма выбора эндопротезов при реконструкции молочной железы.

Материалы и методы: Были анализированы данные пациентов перенесших реконструкцию молочной железы в отделении маммологии КОД МЗ РТ с 1996 г. по 2014г. Всего было выполнено 634 реконструктивно-пластических операций, из которых 378 реконструкций аутологичными тканями (лоскутом TRAM) и 256 реконструкций алломатериалами. На основании анализа непосредственных и отдаленных результатов хирургического лечения были разработаны соответствующие рекомендации и алгоритм выбора эндопротезов при реконструкции молочной железы.

Результаты и обсуждение: При реконструкции молочных желез алломатериалами применяется одноэтапная или двухэтапная методика. При одноэтапной методике можно использовать перманентный экспандер - имплантат или имплантат. При двухэтапной методике подразумевается постановка экспандера на первом этапе, а после растяжения кожи до необходимых объемов – замена на имплантат. Выбор методики заложен на наш взгляд в названии, одноэтапность подразумевает собой, что хирург уверен в обеспечении окончательного результата за один раз, в противном случае нужно прибегать к двухэтапной операции.

Заключение: Данный алгоритм, позволяет избежать хаоса в показаниях к применению алломатериалов в реконструктивно-пластической хирургии молочной железы, позволяя избежать многоэтапности, в тех случаях когда результат достигается за один раз, и наоборот, не формировать инфрамаммарную складку на имплантатах, дискредитируя одноэтапность.

## **АССОЦИАЦИЯ ПОЛИМОРФНЫХ ВАРИАНТОВ ГЕНА ACOX3 С РИСКОМ РАЗВИТИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ЛИМФОЛЕЙКОЗА**

**Петров Д.В., Шамиева Л.В.**

**Башкирский государственный медицинский университет**

**Научный руководитель – д.м.н., проф. Викторова Т.В., асс. Каримов Д.О.**

Цель настоящего исследования состояла в поиске ассоциаций частот генотипов и аллелей полиморфного локуса rs1949733 с риском развития хронического лимфолейкоза.

Материалы и методы. В работе использованы образцы ДНК 320 неродственных индивидов, проживающих на территории Республики Башкортостан. Группу исследования составили 124 больных с установленным диагнозом В-клеточный хронический лимфолейкоз. Анализ полиморфных локусов проводили методом мультиплексной полимеразной цепной реакции синтеза ДНК с детекцией в реальном времени на термоблокере «RotorGene Q» фирмы «QIAGEN» в автоматическом режиме.

В результате проведенного анализа полиморфного локуса rs1949733 гена ACOX3 были найдены статистически значимые различия. Так в группе больных хроническим лимфолейкозом частота генотипа AA составила 66,7%, в то время как его частота в группе контроля составила 38,9% ( $\chi^2=20,20$ ;  $p=0,001$ ). Данный генотип являлся маркером риска развития хронического лимфолейкоза: при его наличии риск развития хронического лимфолейкоза оказался повышен практически в 3 раза ( $OR=3,14$ ; 95% CI 1,92-5,15). Аллель А также чаще встречался в группе больных хроническим лимфолейкозом, чем в группе контроля (83,0% против 64,2%, соответственно;  $\chi^2=23,65$ ;  $p=0,001$ ). Риск развития хронического лимфолейкоза при этом был повышен в 2,7 раз ( $OR=2,71$ ; 95% CI 1,81-4,05).

Фермент, кодируемый геном ACOX3, считается эмбриональным геном и у взрослых людей неактивен. Исходя из этого, не до конца ясна роль фермента в патогенезе хронического лимфолейкоза. Мы предполагаем, что опухоль в результате своего эволюционного развития, активирует эмбриональный ген для восполнения дефицита питания и пополнения жирными кислотами. По-видимому, аллель G ассоциирован с пониженной активностью этого фермента.

Выводы. В результате исследований показано, что маркером повышенного риска развития хронического лимфолейкоза является: генотип CC полиморфного локуса rs1949733 гена ACOX3 ( $OR=9,08$ ; 95% CI 5,92-14,15).

## **ПОЛИМОРФИЗМ ГЕНОВ ФАКТОРОВ РОСТА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ЛИМФОЛЕЙКОЗОМ**

**Шамиева Л.В., Петров Д.В.**

**Башкирский государственный медицинский университет**

**Научный руководитель – д.м.н., проф. Викторова Т.В., асс. Каримов Д.О.**

Цель настоящего исследования заключалась в поиске ассоциаций полиморфных локусов гена главного регулятора белка p53 (309T>G MDM2), гена фактора роста эндотелия сосудов (936C>T VEGF) и гена основного фактора роста фибробластов (773C>T bFGF) с развитием хронического лимфолейкоза.

Материалы и методы. Молекулярно-генетический анализ образцов ДНК проведен у 133 больных хроническим лимфолейкозом, находившихся на стационарном лечении в гематологическом отделении Республиканской клинической больницы г. Уфы, и у 196 практически здоровых индивидов. Все обследованные – жители Республики Башкортостан. Образцы ДНК были выделены из лимфоцитов периферической венозной крови методом фенольно-хлороформной экстракции. Изучение полиморфных локусов проводилось методом полимеразной цепной реакции синтеза ДНК с последующей рестрикцией. Для генотипирования использовались локуспецифические олигонуклеотидные праймеры и эндонуклеазы рестрикции.

Результаты. При анализе полиморфного локуса 309T>G гена MDM2 установлено, что частота аллеля G в группе больных хроническим лимфолейкозом составила 46%, что существенно выше, чем у здоровых индивидов - 37% ( $\chi^2=4,14$ ;  $p=0,042$ ).

При сравнении частоты встречаемости генотипов и аллелей полиморфного локуса 936C>T гена VEGF в группе больных и в контрольной группе достоверных различий не выявлено.

Частота встречаемости генотипа TT полиморфного локуса 773C>T гена bFGF была выше в группе контроля по сравнению с исследуемой группой (56,44% против 40,65%;  $\chi^2=4,92$ ;  $p=0,027$ ). Аллель С данного локуса чаще встречалась в группе больных (35,00% и 25,25%, соответственно;  $\chi^2=4,48$ ;  $p=0,03$ ).

Заключение. В результате исследования были выявлены маркеры повышенного риска развития хронического лимфолейкоза: аллель G полиморфного локуса 309T>G гена MDM2 ( $OR=1,47$ ; 95%CI 1,03 - 2,10) и аллель С полиморфного локуса 773C>T гена bFGF ( $OR=1,57$ ; 95%CI 1,05 - 2,30). Установлена протективная значимость генотипа TT полиморфного локуса 773C>T гена bFGF ( $OR=0,52$ ; 95%CI 0,31 - 0,90).

## **НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКОЙ ТАКТИКИ И БОРЬБЫ С РАКОМ ЛЕГКИХ В ХАРЬКОВСКОМ РЕГИОНЕ**

**Зинчук А.Н., Тертышный В.А, Зинчук О.Г.**  
**Харьковский национальный медицинский университет**  
**Научный руководитель – д.м.н., проф. Огнев В.А.**

Рак легких на Украине и в ряде стран мира в структуре злокачественных опухолей человека занимает первое место. Основным показателем частоты возникновения злокачественных новообразований в Украине в 2013 году составил 39,9%. В разных регионах Украины заболеваемость данной патологией разная и колеблется в диапазоне от 25,3 до 52,6 больных на 100000 населения, в Харьковской области – 48,3 соответственно. Аналогичная ситуация сложилась в таких странах как США, Великобритания, Канада, Австралия, Финляндия.

Целью нашего исследования было изучение организации медико-санитарной помощи больным с раком легкого в Харьковской области.

Материалы и методы: использована методика анонимного анкетного опроса пациентов имеющих заболевание рак легких (239 человек) и контрольная группа (202 человека).

В результате проведенного исследования было выявлено, что люди контрольной группы проходят ежегодные медосмотры чаще ( $66,3 \pm 4,1\%$ ) в сравнении с пациентами основной группы ( $40,6 \pm 5,0\%$ ), различия между этими группами достоверны ( $p < 0,001$ ). Не проходят вообще медосмотры 47,7% опрошенных основной группы и 10,9% - контрольной группы. Проходят два раза в год 11,7% в основной группе и 22,8% - контрольной группы.

Но, в течение года большее количество посещений гомеопатов, специалистов акупунктуры и психологов приходится на пациентов основной группы ( $40,5 \pm 3,2\%$ ) в сравнении с контрольной группой ( $4,0 \pm 1,4\%$ ), различия между этими группами достоверны ( $p < 0,001$ ).

Степень доверия семейным врачам выше в контрольной группе ( $65,3 \pm 4,1\%$ ), чем в основной ( $36,8 \pm 5,1\%$ ), различия между группами так же достоверны ( $p < 0,001$ ).

По пяти бальной шкале удовлетворенность работой врачей выше оценивается пациентами основной группы, и составляет 4,5 балла, а вот балл контрольной группы составил только 3,9.

На основании вышеизложенного можно сделать выводы о том, что люди, имеющие в настоящее время заболевание рак легких на прошлом не оказывали должного внимания состоянию своего здоровья, а после возникновения вышеупомянутой патологии прибегают к консультации различных специалистов и в большинстве своем к лечению в непрофильных учреждениях, что как следствие может иметь неблагоприятные результаты.

## **ОПТИМИЗАЦИЯ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С КОЛОРЕКТАЛЬНЫМ РАКОМ 4 СТАДИИ**

**Егоров В.И., Валиева Г.Р.**  
**Казанский государственный медицинский университет**  
**Научный руководитель – д.м.н., проф. Ахметзянов Ф.Ш., к.м., асс. Валиев Н.А.**

Введение: В РФ за последние два десятилетия наблюдается постепенное уменьшение пациентов 4 стадией колоректального рака в структуре впервые выявленных злокачественных новообразований толстой кишки, однако удельный вес таких пациентов до сих пор остается высокой и достигает 27,5 % для рака ободочной и 23,5% – для прямой кишки.

Цель: изучить отдаленные результаты хирургического лечения пациентов 4 стадией колоректального рака.

Материалы и методы: проанализированы данные 308 пациентов колоректальным раком 4 стадии, перенесших хирургическое лечение с января 2001 по апрель 2013 гг.

Результаты: Все виды оперативных вмешательств разделены на 3 группы: 1) паллиативные операции - резекции толстой кишки R1 и R2; 2) радикальные операции - резекции толстой кишки R0; 3) симптоматические операции - хирургические вмешательства без удаления опухоли - завершённые наложением разгрузочной колостомы или обходных анастомозов. Наиболее выгодным оперативным вмешательством при колоректальном раке 4 стадии представляется одновременная резекция толстой кишки с удалением отдаленных метастазов (R0, R1, R2). Симптоматическая операция показана при тяжелом общем состоянии, местно нерезектабельной опухоли, выраженной генерализации опухолевого процесса.

Заключение. Полученные результаты лечения пациентов, перенесших хирургическое лечение по поводу колоректального рака 4 стадии, позволяют предлагать выполнение максимальной циторедуктивной и, даже, радикальной операции с учетом сопутствующей патологии, количества метастазов, возраста, так как это увеличивает общую выживаемость и качество жизни по сравнению с симптоматическими операциями.

# **ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИЯ**

## **ПРИМЕНЕНИЕ РАСТВОРА «ВАГОТИЛА» ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКИХ ГИПЕРТРОФИЧЕСКИХ ФАРИНГИТОВ**

**Рагимова А.А.**  
**Казанский государственный медицинский университет**  
**Научный руководитель – к.м.н., асс. Нурсаитова Р.М.**

Хронический гипертрофический фарингит - хроническое воспалительное заболевание слизистой оболочки глотки и ее лимфоидной ткани, сопровождающиеся болью, чувством инородного тела, персистирующим кашлем, охриплостью голоса и неприятным запахом изо рта. Часто является следующей стадией развития хронического диффузного катарального фарингита и проявляется гипертрофией лимфоидных гранул, покрывающих заднюю стенку глотки. Гранулы образуют на задней стенке глотки мелкие островки лимфоидной ткани. На боковых стенках глотки, позади задних дужек, фолликулы объединяются в боковые лимфоидные валики глотки, поэтому различают гранулезный и боковой фарингит.

Цель: Изучить опыт местного применения раствора «Ваготила» при лечении хронического гипертрофического фарингита.

Методы исследования: В исследовании принимали участие 17 пациентов с диагнозом хронический гипертрофический фарингит. Больным было проведено местное лечение раствором «Ваготила» от 2 до 5 сеансов.

Результаты исследования и выводы: В результате проведенного лечения установлено, что гипертрофические гранулы и боковые валики значительно уменьшились в объеме, что способствовало исчезновению дискомфортных проявлений со стороны слизистой ротоглотки.

Таким образом, местное применение раствора «Ваготила» для прижигания гипертрофических гранул и валиков слизистой ротоглотки может быть рекомендовано для местного лечения хронического гипертрофического фарингита.

#### **ВАРИАНТЫ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ТОНЗИЛЛИТА**

**Мухутдинова К.А.**

**Казанский государственный медицинский университет**

**Научный руководитель – к.м.н., асс. Нурсаитова Р.М.**

Хронический тонзиллит с полным основанием можно назвать заболеванием 20 и 21 века и по-прежнему составляющим одну из основных проблем не только оториноларингологии, но и многих других клинических дисциплин, в патогенезе которых главную роль играют аллергия, очаговая инфекция и дефицитные состояния местного и системного иммунитета.

Цель работы: выявление вариантов лечения хронических тонзиллитов по материалам истории болезни ЛОР-отделения ЦГКБ №18 г.Казани за 2013 год.

Материалы исследования: объем выборки составил 42 истории болезни, из них 25 женщин (59,5%) и 17 мужчин (40,5%) в возрасте от 15 лет до 45-50 лет. Обследование включало подробный сбор жалоб и анамнеза больного, инструментальный осмотр ЛОР-органов с подробным описанием местных признаков хронического тонзиллита. У 11 пациентов (26,3%) по данным анамнеза рецидивы ангины были не чаще 1-2 раз, в связи с чем им проводилась консервативная терапия, в зависимости от результатов бактериологических исследований. Этим пациентам проводилась промывание лакун антисептическими растворами с последующим массажем небных миндалин раствором Люголя, в сочетании с физиотерапевтическими процедурами (ингаляции, УФО зева, лазеротерапия, ультразвук на область миндалин). За 2013 год в отделении прооперировано 31 пациент (73,7%) с диагнозом хронический тонзиллит, декомпенсированная форма. Данная группа предъявляла жалобы на частые ангины (от 3 до 6 раз в году), кроме того в анамнезе у 4-х местное осложнение в виде паратонзиллярных абсцессов, у 5-ревматоидный артрит и пиелонефрит у 3 больных.

Вывод: по данным исследования хроническим тонзиллитом женщины болеют чаще, чем мужчины. Хронический тонзиллит, декомпенсированная форма подлежит хирургическому лечению, т.е. всем больным была произведена двухсторонняя тонзиллэктомия с целью санации хронического очага инфекции.

#### **ЭТИОЛОГИЯ НЕЙРОСЕНСОРНОЙ ТУГОУХОСТИ**

**Хикматуллина К.А.**

**Казанский государственный медицинский университет**

**Научный руководитель – к.м.н., асс. Нурсаитова Р.М.**

Нейросенсорная тугоухость – патология внутреннего уха, характеризующаяся повреждением чувствительных нервных клеток кортиева органа, слухового нерва и центральных образований слуховой системы.

На сегодняшний день выяснение причины заболевания нейросенсорная тугоухость имеет большое значение, так как около 15-20% пациентов ЛОР-отделений госпитализированы с данным диагнозом. Число страдающих тугоухостью велико во всех возрастных группах населения.

Цель исследования: Выявить этиологию заболевания сенсоневральная тугоухость.

Методы исследования: Было изучено 32 истории болезни пациентов, ЛОР отделения ЦГКБ №18, госпитализированных с диагнозом сенсоневральная тугоухость. При этом минимальный возраст пациента с данным заболеванием составил 24 года, максимальный – 79 лет.

Результаты исследования и выводы: Соотношение пациентов-мужчин и пациентов-женщин 44% к 56%. Возрастная группа 24-40 лет составляет 19%, 41-60 лет – 40% и 61-79 лет – 41%. У большинства пациентов (27 из 32) наблюдался хронический характер поражения. Все пациенты предъявляли жалобы на одностороннее или двустороннее снижение слуха и почти все – на шум в ушах. В результате анализа выявлено, что причинами возникновения заболевания у 8 пациентов явились заболевания уха (отосклероз - 2 пациента, острый отит - 2, салпингоотит - 2, мезотимпанит – 2); у 13 больных – артериальная гипертензия (40%), у 8 – ОРВИ (25%). Дважды причиной нейросенсорной тугоухости явилась перенесенная травма: в одном случае – черепа, в другом – шейного отдела позвоночника на уровне СVII. В одном случае причиной нейросенсорной тугоухости стала работа на шумном производстве в течение 20 лет. Таким образом, в этиологии возникновения сенсоневральной тугоухости большую роль играют сердечно-сосудистые заболевания, инфекционные заболевания (ОРВИ и грипп), и заболевания уха. Травма и работа на шумном производстве также могут явиться причиной нейросенсорной тугоухости.

#### **ИММУНОГИСТОХИМИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПАПИЛЛОМ ГЛОТКИ И ГОРТАНИ**

**Валиуллина Г.З.**

**Казанский государственный медицинский университет**

**Научный руководитель – к.м.н., асс. Салимов Л.И.**

Актуальность. Среди доброкачественных опухолей глотки и гортани наиболее часто встречаются фибромы и папилломы, составляя до 90 % всех случаев. В отличие от фибром для папиллом свойственны относительно быстрый рост и рецидивирование. Это особенно характерно для новообразований, локализующихся в гортани, которые не только часто рецидивируют и бывают множественными (папилломатоз), но иногда малигнизируются. Все это существенно затрудняет радикальное лечение указанных опухолей и требует разработки новых критериев для назначения комплексной терапии. Решить данную задачу не представляется возможным без изучения морфологии папиллом. В то же время, только моноклональные антитела (МКАТ) позволяют не только с высокой достоверностью идентифицировать различные структурные и клеточные элементы, но и судить об их функциональной активности.

Целью настоящей работы явилось сравнительное иммуногистохимическое исследование папиллом глотки и гортани для выявления факторов, определяющих затяжной характер патологического процесса и возможность рецидива.

Были изучены новообразования, полученные во время операции от 22 больных, из них с локализацией в глотке – 8, в гортани – 14. Мужчин было 12, женщин – 10, средний возраст составил 33 года. Гистологические препараты окрашивались

гематоксилином и еозином. Исследования проводились с помощью набора МКАТ фирмы «ДАКО». Иммуногистохимические реакции проводились на депарафинированных срезах биотин-стрептавидиновым методом – В-5А.

Выводы: как показали наши исследования, экспрессия ЦКР практически идентична во всех наблюдениях. Однако, пролиферативная активность эпителия, судя по наличию в ядрах клеток PCNA, несмотря на вариабельность в различных новообразованиях, все же выше в папилломах гортани.

Таким образом, иммуногистохимический фенотип папиллом гортани, а также множественных опухолей и новообразований с эндофитным ростом обеих локализаций характеризуется наличием иммунокомпетентных клеток, высоким содержанием IgA, изменениями базальной мембраны эпителия и структуры эндотелия сосудов. Это может свидетельствовать о наличии хронической воспалительной реакции с иммунным компонентом и, следовательно, возможности рецидива опухоли.

## **ВЛИЯНИЕ РАЗЛИЧНЫХ СХЕМ ЛЕЧЕНИЯ АЛЛЕРГИЧЕСКОГО РИНИТА НА ЧАСТОТУ ЭПИЗОДОВ ОСТРЫХ РЕСПИРАТОРНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ**

**Магомедов Н.Г.**

**Дагестанская государственная медицинская академия  
Научный руководитель – д.м.н., проф. Гаджимирзаев Г.А.**

Цель исследования: Выяснить влияние фармакотерапии Аллергического ринита с использованием дезлоратадина и полиоксидония на частоту эпизодов острых респираторных заболеваний в разные сроки наблюдения после лечения носовой аллергии.

Материалы и методы исследования:

В соответствии с задачами исследования и в зависимости от способа лечения, методом случайного выбора образованы три группы больных с круглогодичным аллергическим ринитом.

1 - я группа, 56 человек, лечились приемом дезлоратадина, 2-ю группу составили также 56 больных, получивших лечение препаратом полиоксидоний.

В 3 - ю группу было включено 58 больных принимавших одновременно оба препарата. Курс лечения продолжался 30 дней.

Результаты исследования.

До начала лечения все больные Аллергическим ринитом, включенные в разные группы для обследования, болели острыми респираторными заболеваниями и "простудными катарам" Верхних дыхательных путей, из которых 77,4% от 3 до 5 раз; 19,1% - более 5 раз в году, и только 13,3% обследованных переносили острые респираторные заболевания менее 3 раз.

Через 1 год после месячного курса лечения число подверженных острыми респираторными заболеваниями сократилось значительно и составило 83% из 56 обследованных. Спустя 2 года не болели острыми респираторными заболеваниями 64% больных из 37 явившихся на проверку, остальные 19 / 35,1% перенесли острые респираторные заболевания и "простудные катары" от 1 до 3 раз. Более скромные результаты были получены по истечении 3 летнего срока наблюдения. За указанный период времени катармез получен у 25 лиц, из них только 24% больных оставались не подверженными острым респираторным заболеваниям и причем все они относились к 3 - й группе пролеченных, то есть принимали одновременно дезлоратадин и полиоксидоний.

Закключение. Исходя из результатов нашего исследования и современных представлений о роли нарушений в системе липидного обмена, в патогенезе респираторных аллергозов, в программу лечения Аллергического ринита протекающего с частыми острыми респираторными заболеваниями, наряду с методами гипосенсибилизирующей терапии, следует включать и лекарственные средства антиоксидантного действия, в частности полиоксидоний.

## **МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКИХ РИНОСИНУСИТОВ**

**Валиуллина Г.З.**

**Казанский государственный медицинский университет  
Научный руководитель – к.м.н., асс. Салимов Л.И.**

Актуальность. Особое анатомическое положение и биологическая защитная роль полости носа и околоносовых пазух (ОНП) в организме предрасполагают к частому возникновению в них патологических процессов. При исследовании структуры заболеваемости ЛОР-органов на 2013 год на базе ЛОР-отделения ГКБ №18 выявлено, что самую большую нозологическую группу составляют болезни полости носа и околоносовых пазух (в среднем 54%).

Цель исследования: сравнение эффективности хирургических методов лечения хронических риносинуситов.

Материалы и методы. Нами был проведен анализ 60 историй болезни пациентов с диагнозом хронический риносинусит, находившихся на стационарном лечении в ГКБ №18 г. Казани в 2013 году.

Результаты. Выявлено, что заболеванию подвержены и мужчины и женщины в равной степени (53% и 47% соответственно). Средний возраст - 36 лет у мужчин и 40 лет у женщин. Наиболее часто встречаются следующие формы хронических риносинуситов: гнойная – у 34 пациентов (56,7%), кистозная - у 12 (20%), полипозная – у 6 (10%), пристеночно-гиперпластическая – у 4 (6,7%), смешанная и катаральная формы – по 2 случая (3,3%). Среди жалоб, предъявляемых при поступлении, доминирует местная симптоматика: заложенность носа в 87% случаев, выделения из носа – в 83%, боль в области проекции пазух, головные боли различной локализации – в 67%, гипосмия – в 63%. Из 60 пациентов, пункция верхнечелюстных пазух с последующей антибактериальной терапией проводилась у 28 (46,6%). 27 пациентам (45%) проводилась эндоскопическая гайморотомия. Радикальная операция на околоносовые пазухи произведена в 3 случаях (5%). Больные, подвергшиеся эндоскопической гайморотомии, находились в стационаре в среднем 6 суток. У пациентов после перенесенной пункции верхнечелюстной пазухи, а также после радикальной операции на верхнечелюстной пазухе, аналогичные показатели – 10 суток.

Выводы: эндоскопическая гайморотомия имеет преимущество (меньшее количество койко-дней лечения в стационаре) при хирургических методах лечения хронических риносинуситов.



## **ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЕЗНИ МЕНЬЕРА**

**Леухин Р.В., Рагимова А.А., Хикматуллина К.А.**  
**Казанский государственный медицинский университет**  
**Научный руководитель – к.м.н., асс. Нурсаитова Р.М.**

Болезнь Меньера относится к не гнойным заболеваниям внутреннего уха, которая характеризуется триадой симптомов, в основе которых лежит гидропс лабиринта, ведущей к необратимой тугоухости на одно, затем на другое ухо, при этом часто установления этиологии заболевания.

Цель: оценка эффективности медикаментозного лечения болезни Меньера.

Методы исследования: Проводился анализ 35 историй болезни больных с болезнью Меньера, находившихся на стационарном лечении в лор-отделении ЦГКБ №18 за 6 лет. Для диагностики заболевания в последние годы вместо глицерол-теста применяется лазер-тест. Среди обследованных 35-ти больных, 11 мужчин и 24 женщин, впервые заболевших 17 больных, повторно обратившихся 18. Целью купирования приступов головокружения больным в первые сутки вводили растворы атропина и реланиума, раствор димексана и манти, противорвотное средство, анальгетики, антигистаминные препараты. Одновременно больному прописывали бессолевую диету и ограничивали питье. В межприступном периоде больные продолжали получать дегидратационную терапию, сосудистую ИРТ, ЛОНК, заушные новокаиновые блокады. Больным с периодичностью приступов назначили профилактическое лечение в виде длительного приема препаратов бетасерка, вестибо или бата-гестивов.

Результаты исследования и выводы: по нашим данным, женщины болеют в 2 раза чаще, чем мужчины. Лечение болезни Меньера должно быть систематическим: не отложным в периоде приступа, плановым в межприступном периоде, а так же профилактическим. Профилактические мероприятия – в соблюдении диеты, исключение вредных привычек, рациональное соотношение труда и отдыха, исключение резких нагрузок на вестибулярный аппарат и орган слуха, лечение сопутствующих заболеваний в комплексе с применением витаминных препаратов, антигистаминных препаратов, способствуют снижению выраженности приступов или даже полностью их исключить.

## **ИНОРОДНЫЕ ТЕЛА ЛОР ОРГАНОВ**

**Султанова Э.Р.**  
**Казанский государственный медицинский университет**  
**Научный руководитель – к.м.н., асс. Салимов Л.И.**

Актуальность: инородные тела ЛОР органов являются одной из частых причин обращения в неотложное оториноларингологическое отделение.

Цель: провести анализ случаев выявления инородных тел ЛОР органов.

Материалы и методы: проанализированы 56 случаев выявления инородных тел ЛОР органов в 18 городской клинической больницы города Казани за 2013 год на основе регистрационного журнала неотложного отделения.

Результаты: из 56 пациентов 33 женщины (58,9%), 23 мужчины (41,1%) из них: до 25 лет – 9 человек (16,1%), от 25 до 44 лет – 16 человек (28,6%), 45-60 лет – 18 человек (32,1%), 61-75 лет – 11 человек (19,6%), старше 75 лет – 2 человека (3,6%). По локализации инородных тел выявлены следующие данные: наружный слуховой проход – 17 случаев (30,3%), глотка – 32 случая (57,1%), нос – 2 случая (3,6%), верхнечелюстная пазуха – 1 (1,8%) и верхняя часть пищевода – 4 случая (7,2%). Характер инородного тела: в глотке и пищеводе в 100% случаев выявлены кости (основная часть – рыбы кости), в носу выявлены марлевая турунда и чеснок, в ушах – в 8 случаях была обнаружена вата, в 2-х случаях микронаушник, 1 вкладыш от наушника, 1 случай - чеснок, в 5 случаях характер инородного тела не был указан, в верхнечелюстной пазухе характер инородного тела не выявлен. Во всех случаях инородные тела были удалены с помощью инструментальных и эндоскопических методов: мезофарингоскопия, непрягая ларингоскопия, отоскопия, передняя риноскопия, фиброзофагоскопия).

Выводы: инородные тела ЛОР органов чаще выявляются у женщин (58,9%), возраст в котором преимущественно встречается данная патология от 45 до 60 лет, в большинстве случаев инородные тела определяются в глотке, преимущественный характер инородных тел глотки - рыба кость, в наружном слуховом проходе в большинстве случаев была выявлена вата.

## **ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫЕ ОПУХОЛИ ГОРТАНИ**

**Галиуллина З.Р.**  
**Казанский государственный медицинский университет**  
**Научный руководитель – д.м.н., проф. Алиматов Х.А.**

Цель исследования: изучить частоту встречаемости, характер и структуру среди доброкачественных опухолей гортани.

Материалы и методы исследования: на базе Городской Клинической Больницы № 18 в 2013 году наблюдалось 20 больных, получивших хирургическое лечение данной патологии. Исследование больных проводилось на основании архивных данных (историй болезни).

Доброкачественные опухоли гортани – это локализирующиеся в гортани новообразования, отличающиеся медленным неинвазивным ростом без клеточного атипизма, отсутствием изъязвлений и метастазирования. В отличие от рака гортани они не вызывают ограничения подвижности голосовых складок. Наиболее часто встречаемые среди данной патологии являются папилломатоз гортани, фиброма и ангиома (гемангиома, лимфангиома).

Среди 20 изучаемых пациентов, у 11 был обнаружен папилломатоз, у 8-фиброма и у 1-миома. Большинство пациентов находились в средней возрастной группе – 35-50 лет.

Папилломатоз гортани проявляется в виде серо- или темно-красного цвета, бугристых, у некоторых больных – гроздевидных опухолей. Локализовались они чаще на голосовых складках. Пациенты предъявляли жалобы на осиплость голоса, дискомфорт, чувство инородного тела.

Фиброма гортани по внешнему виду представляет собой узелки от бледно-розового до интенсивно красного с синюшным оттенком цвета с гладкой поверхностью и с широким основанием. Жалобы пациенты предъявляли на осиплость голоса, покашливание.

Липома – опухоль из жировой ткани, локализованная в преддверии гортани и на соседних с гортанью структурах, которая кроме как визуально при осмотре, других жалоб со стороны пациента не вызывала.

Следует отметить, что ранняя диагностика опухолей зависит главным образом от онкологической настороженности. К радикальным мероприятиям следует прибегать, если при предраке (папилломы, фибромы и другие) появились признаки ограничения подвижности голосовой складки. Озлокачествление предраковых процессов в гортани, по мнению различных авторов, составляет от 5 до 30% случаев. В этой связи вопросы малигнизации доброкачественных заболеваний гортани и ранней их диагностики остаются актуальными, требуют дальнейшего изучения, современного выявления, лечения и систематического ларингологического наблюдения.

## **ДИСФОНИЯ КАК СИМПТОМ ШЕЙНО-МЫШЕЧНОЙ ПАТОЛОГИИ**

**Шафикова А.Р.**

**Казанский государственный медицинский университет**

**Научный руководитель – д.м.н., проф. Алиматов Х. А.**

В последние годы можно отметить значительный рост количества больных с функциональными расстройствами голоса, что составляет 60-70% из всех заболеваний гортани. Провоцирующими факторами в возникновении данной патологии служат: перегрузка голосового аппарата, неправильная постановка голоса, частые простудные заболевания, стресс, эндокринные расстройства. Функциональная дисфония зачастую характеризуется как заболевание при котором в гортани нет видимой патологии, однако проявляется различными гортанными признаками, указывающими на причинный характер. Одними из основных причин функциональных дискинезий гортани являются: дискоординация тонуса передних мышц шеи и шейный остеохондроз. В зависимости от уровня поражения шейного отдела позвоночника происходит изменение тонуса мышц шеи, в том числе и гортани. При поражении верхних шейных позвоночно-двигательных сегментов дискинезия проявляется в виде вентрикулярной и гипотонусной. Поражение нижних характеризуется гипертонусной и спастической форм. Смешанная форма проявляется при ассиметричном, одностороннем поражении всех шейных сегментов. Целью работы явилось выяснение причинно-следственной связи между функцией гортани и состоянием шейного отдела позвоночника. Было обследовано 97 больных в возрасте от 19 до 65 лет, из них 62 женщины и 35 мужчин. 63 человека из обследованных были люди голосовых профессий. В план обследования входили следующие методы исследования: опрос, осмотр, пальпация мышц шеи и гортани, ларингоскопия, стробоскопия, электромиография, рентгенография шейного отдела позвоночника, осмотр вертеброневролога. Результаты: из обследованных 97 больных 57 человек были с гипотонусной дискинезией, 16 с гипертонусной, 7 с вентрикулярной, 7 со спастической и 11 человек со смешанной формой дискинезии гортани. На основании данного исследования можно сделать вывод, что гортань дает в целом адекватную реакцию на шейно-мышечную патологию. В зависимости от уровня поражения шейных сегментов соответственно появляются различные формы дискинезии гортани. Недоучет сопряженных изменений как со стороны гортани, так и со стороны позвоночника создает определенные трудности в диагностике и лечении, что обуславливает необходимость комплексного подхода.

## **ИЗУЧЕНИЕ ДЕЙСТВИЯ ИРС-19 НА МИКРОФЛОРУ ПОЛОСТИ РТА У БОЛЬНЫХ ГНОЙНЫМ ПЕРИОСТИТОМ**

**Тожиев Ф.И., Бадриддинов Б.Б.**

**Бухарский государственный медицинский институт**

**Научный руководитель – к.м.н., доц. Иноятов А.Ш., к.м.н., асс. Камалова Ф.Р.**

Цель. Изучение терапевтической эффективности препарата ИРС-19 на показатели микрофлоры слюны (ПМС) у больных детей с острым гнойным периоститом (ОГП).

Методы исследования. Проведено клинко-микробиологическое исследование 60 детей от 8 до 12 лет, из них 20 практически здоровых детей и 40 больных ОГП, находившихся на стационарном лечении. В зависимости от комплексного лечения все больные разделены на 2 группы: 1-ая - больные, получавшие традиционное лечение; 2-ая - наряду с традиционным получали ИРС-19 в виде аппликаций слизистой полости рта (СПР) в зоне раны и зева по 1 дозе 3-4 раза в день. У всех больных утром через 2 часа после приема пищи в стерильные пробирки забирали ротовую жидкость для изучения ПМС.

Результаты. Микробиологические исследования показали, что у больных детей с ОГП было выявлено снижение количества анаэробных микроорганизмов, среди которых наиболее значимо уменьшается количество пептострептококков до  $3,81 \pm 0,66$  Лг КОЕ/мл. Наряду с этим резко увеличивается количество факультативной флоры, достоверно повышается количество стафилококков и стрептококков. Под влиянием лечения происходили существенные сдвиги в ПМС, но при использовании препарата ИРС-19 они были намного выше, чем при традиционном лечении. Высеваемость золотистого стафилококка значительно снижалась под влиянием ИРС-19, если сравнивать с данными до лечения (до  $1,55 \pm 0,17$  Лг КОЕ/мл).

Таким образом, проведенные нами микробиологические исследования у детей с ОГП показали, что у них в полости рта отмечается дисбиоз, а это ещё более усугубляет клиническое течение болезни. Препарат ИРС-19 обладал эффективностью у детей с ОГП.

## **ХРОНИЧЕСКИЕ РИНОСИНУСИТЫ ПРИ РАЗЛИЧНОЙ ЭКОЛОГИЧЕСКОЙ НАГРУЗКЕ**

**Т.Р. Сафиуллин**

**Казанский государственный медицинский университет**

**Руководитель – к.м.н., доц. Ш.М. Исмагилов**

Воспалительные заболевания околоносовых пазух (ОНП) занимают ведущее место в структуре патологии ЛОР-органов. Одной из основных причин увеличения заболеваемости синуситами и их хронизации является изменения экологии, особенно в крупных городах.

Цель: Выявление особенностей клинического течения хронических риносинуситов (ХРС) больных, проживающих в районах г. Казани с разной экологической нагрузкой.

Материалы и методы: Нами были проанализированы 134 наблюдения пациентов с неосложненным течением ХРС, находившихся на стационарном лечении в ГАУЗ ЦГКБ №18 г. Казани в 2012-13 г.г. Больные были разделены на две группы согласно антропогенной нагрузке. 1 группу составили 78 пациентов из экологически неблагоприятных районов города (Московский, Советский, Кировский), во 2 группу вошли 56 больных, проживающих в экологически благополучном районе (Приволжский). Обследование включало сбор жалоб и анамнеза больного, инструментальный осмотр ЛОР-органов, исследование дыхательной и транспортной функции полости носа, рентгенографию (РКТ) ОНП.

Полученные результаты. В 1 группе гнойный синусит был диагностирован у 71,79% больных, гнойно-полипозный – у 8,97%, гнойно-гиперпластический – у 7,69%, катаральная форма выявлена у 11,54% пациентов. Полисинуситы встретились в 76,92%, гаймориты – в 11,54%, гайморозтмоидиты – в 7,69%, фронтиты – в 3,85% случаев. Отмечено угнетение времени мукоцилиарного транспорта (ВМТ), которая в среднем составила  $20,56 \pm 1,44$  мин ( $P < 0,05$ ). Во 2 группе количество гнойных форм также преобладало (73,21% больных), гнойно-полипозная форма выявлена в 7,14% случаев, гнойно-гиперпластическая – в 5,36%, катаральная форма диагностирована у 14,29% пациентов. В локализации отмечена такая же тенденция: полисинуситы встретились у 71,43%, гаймориты – у 16,07%, гайморозтмоидиты – у 7,14%, фронтиты – у 5,36% больных. ВМТ составила  $20,23 \pm 1,36$  мин ( $P > 0,05$ ).

Т.о., преимущественно были диагностированы гнойные формы ХРС, с преобладанием среди них в первой группе гиперпластических в сравнении со второй. ВМТ существенно превышала нормальные показатели во всех случаях с угнетением в первой группе наблюдений.

## **МИКРОБНЫЙ ПЕЙЗАЖ ХРОНИЧЕСКОГО РИНОСИНУСИТА**

**Шагвалиева Г.Р**

**Казанский государственный медицинский университет**

**Руководитель – к.м.н., доц. Ш.М. Исмагилов**

Основными возбудителями острых риносинуситов (ОРС) являются *S.pneumoniae*, *H.influenzae* и *M.catarrhalis*. Представляет интерес исследование микробного пейзажа при хронических воспалениях околоносовых пазух. Своевременная бактериологическая диагностика и адекватная антимикробная терапия имеют решающее значение, как в лечении синуситов, так и в предупреждении осложнений.

Целью исследования явилось изучение структуры возбудителей хронических риносинуситов (ХРС).

Материалы и методы. Нами были исследованы 44 пробы пунктатов верхнечелюстной пазухи (ВЧП) по материалам историй болезни ЛОР отделения ГАУЗ РКБ МЗ РТ за 2013 год. Забор материала производился аспиратором в стерильный шприц, при пункции ВЧП с дальнейшим микробиологическим исследованием аспирата. Отбор пунктатов проводили в коммерческие флаконы для бак. анализатора гемокультур крови BactAlert (Biomérieux, Франция) с высевом на Колумбийский (Цейслера), кровяной и шоколадный агары, инкубацией в микроанаэрозоатах с газ-паками «Anaer» в течение 48-72 часов при 35°C.

Результаты. Из представленных образцов аспиратов, только в 68,2% был получен рост возбудителей, преимущественно полифлора. Среди этиологически значимых изолятов выявлены стафилококки (*S.aureus*, *S.haemolyticus*, *S.epidermidis* встретившиеся с одинаковой частотой) в 36,6% случаев; БГКП (*Klebsiellae*, *Enterobacter* определенные также одинаково) – в 23,3%; стрептококки группы *viridans* – в 13,3%; БГСА – в 10%; *S.pneumonia* – в 6,6%; энтерококки – в 6,6%; *H.influenzae* – в 3,3%; *Ps.aeruginosa* – в 3,3%; анаэробы (*Bacteroides*, *Peptostreptococcus*, *Propionibacterium*) – в 3,3%. *M.catarrhalis* не выявлена ни в одном аспирате.

Выводы. Основные возбудители ОРС не играют значимой роли в этиологии ХРС. Представляется возможным, что хронический воспалительный процесс в ОНП создает условия для персистенции в них различных микроорганизмов.

## **ОФТАЛЬМОЛОГИЯ**

### **ВЗАИМОСВЯЗЬ ИНТЕНСИВНОСТИ ФИЗИЧЕСКИХ И ЗРИТЕЛЬНЫХ НАГРУЗОК С АККОМОДАЦИОННОРЕФРАКЦИОННЫМИ НАРУШЕНИЯМИ У СТУДЕНТОВ**

**Сафарова Г.А.**

**Казанский государственный медицинский университет**

**Научный руководитель - к.м.н., асс. Галеева Г.З.**

**ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ:**

1. Сравнить интенсивность зрительных нагрузок у 2 социальных групп студентов.
2. Провести сравнительный анализ состояния зрения и аккомодационных запасов у обследуемых групп.

**МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ:** Нами обследовано 2 группы студентов: группа I – студенты 4 курса педиатрического факультета КГМУ, группа II – студенты 4 курса КФУ ИФКС и ВМ. Возраст студентов в группе I и II – 20-24 года.

Студентам была предложена анкета, включающая ряд вопросов. Затем мы исследовали обеим группам остроту зрения и определили рефракцию объективным методом по стандартной методике и запасы относительной аккомодации.

**РЕЗУЛЬТАТЫ:**

Студенты I группы проводят в ВУЗе в среднем 1,5 раза больше времени студентов II группы (8,1ч и 5,38ч, соответственно), в 2 раза больше времени тратят на подготовку домашних заданий (2,2ч и 1,1ч, соответственно), в 3 раза больше читают (2,4ч и 43мин, соответственно), в среднем на 0,5ч меньше проводят времени за компьютером (2,1ч и 2,6ч соответственно). Студенты II группы в 3 раза больше времени уделяют занятиям спортом (I группа – 19,8мин/день, II группа – 57,8мин/день).

Результаты анализа наследственности идентичны: наличие миопии у 1 родителя отметили 13,33%, у 2 родителей – 6,7%, родители здоровы у 80% опрошенных.

Результаты исследования остроты зрения и определения рефракции:

1. в группе I:

- 1) у 70,83% опрошенных эметропия, 29,16% – миопия.
- 2) Положительный запас относительной аккомодации у студентов с эметропией составляет в среднем  $(3,2 \pm 0,4)D$ , отрицательный –  $(5,2 \pm 0,3)D$ , объем –  $(9,31 \pm 0,58)D$ ;

2. в группе II:

- 1) у 90% – эметропия, 10% – миопия.
- 2) Положительный запас относительной аккомодации – в среднем  $(2,75 \pm 0,22)D$ , отрицательный –  $(4,89 \pm 0,3)D$ , объем –  $(7,81 \pm 0,41)D$ .

#### ВЫВОДЫ:

- 1.Зрительные нагрузки выше у студентов I группы.
- 2.Физические - у студентов II группы.
- 3.Наличие болей в спине, голове и шее чаще отмечают студенты I группы.
- 4.Запас относительной аккомодации у студентов в I группе выше, что может свидетельствовать о улучшении работы цилиарной мышцы от тренировок зрительными нагрузками.

### ИЗУЧЕНИЕ ФАКТОРОВ РИСКА РАЗВИТИЯ ГЛАУКОМЫ НОРМАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ

**Заманова Э.С., Гумерова Д.Р., Хисамова Д.Р.**  
**Казанский государственный медицинский университет**  
**Научный руководитель - к.м.н., доц. Нугуманова А.М.**

Актуальность. Глаукома нормального давления (ГНД) – это заболевание, при котором развивается экскавация диска зрительного нерва (ДЗН), возникают нарушения в ретинальном слое зрительных волокон и дефекты в поле зрения, такие же, как и при других формах хронической глаукомы, но при нормальном уровне внутриглазного давления (ВГД).

Некоторые авторы указывают на артериальную гипотонию, миопию и наследственность как факторы риска развития ГНД.

Цель: выявить основные причины развития ГНД.

Задача: проанализировать амбулаторные карты пациентов поступивших на обследование в РКП в ноябре 2013г.

Методы исследования: анализ данных рефракции, ВГД, оптической когерентной томографии, периметрии, выявление сопутствующих заболеваний.

Результаты исследования: Были проанализированы амбулаторные карты 600 пациентов, поступивших на обследование в Республиканскую клиническую поликлинику в 2013г. с диагнозом «Первичная открытоугольная глаукома», из которых были отобраны 16 карт больных с ГНД. Анализ медико-биологических факторов показал, что средний возраст женщин составил 72 года, у мужчин – 65. У женщин ГНД встречалась чаще, чем у мужчин (81% и 19%), наследственная отягощенность составила всего 13%. Среди общих заболеваний артериальная гипертензия, вопреки распространенному мнению, преобладала над гипотонией (56 % и 13%).

Среднее ВГД составило 19 мм рт. ст., у 68% лиц процесс двусторонний, у 32% - односторонний. По данным периметрии чаще наблюдались скотомы в нижней половине поле зрения. Изучение рефракции показало, что у этих лиц преобладает не миопия, как ожидалось, а гиперметропия (встречалась в 1,5 раза чаще), астигматизм составил 13%.

Выводы: 1) Установлено, что ГНД чаще встречается у женщин, чем у мужчин. 2) Наследственная отягощенность составила всего 13%. 3) У пациентов чаще наблюдалась АГ, чем гипотония. 4) Среди аномалий рефракции гиперметропия преобладала над миопией (68 и 40%).

### ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ РЕФРАКТЕРНОЙ ГЛАУКОМОЙ МЕТОДОМ ИМПЛАНТАЦИИ МИНИ-ШУНТА «EX-PRESS» И КЛАПАНА «AHMED»

**Кожемякина А.А., Харша А.А.**  
**Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. И.П. Павлова**  
**Научный руководитель — д.м.н. проф. Астахов С.Ю.**

Цель. Провести сравнительную оценку результатов лечения больных рефрактерной глаукомой методом имплантации фильтрующего устройства «Ex-PRESS» и клапана «Ahmed».

Материалы и методы. В первую группу вошли 50 пациентов (50 глаз) с рефрактерной глаукомой, которым была выполнена имплантация фильтрующего устройства «Ex-PRESS». Вторую группу составили 50 пациентов (50 глаз) с рефрактерной глаукомой, которым была выполнена имплантация клапана «Ahmed». Внутриглазное давление до операции при инстилляции 2-3 видов гипотензивных препаратов у пациентов в первой группе в среднем составляло 29,4±1,02 миллиметров ртутного столба, во второй - 29±1,04 миллиметров ртутного столба.

Результаты. Внутриглазное давление в отдаленном послеоперационном периоде у пациентов в первой группе в среднем составляло 15±0,3 миллиметров ртутного столба, во второй - 16,4±0,31 миллиметров ртутного столба. В первой группе компенсация внутриглазного давления без капель отмечалась у 60% пациентов (30 глаз), во второй - у 50% (25 глаз). Компенсация внутриглазного давления при инстилляции гипотензивных препаратов в первой и во второй группах отмечалась у 26% пациентов (13 глаз) и 38% (19 глаз) соответственно. Не удалось достичь компенсации внутриглазного давления даже при инстилляции гипотензивных препаратов у 14% пациентов (7 глаз) в первой группе и у 12% (6 глаз) - во второй, в связи с этим им была выполнена диод-лазерная циклокоагуляция. Стабилизация глаукомного процесса по данным лазерной конфокальной томографии диска зрительного нерва отмечалась у 70% пациентов как в первой, так и во второй группах.

Закключение. Как имплантация мини-шунта «EX-PRESS», так и имплантация клапана «AHMED» являются высокоэффективными методами лечения пациентов с рефрактерной глаукомой.

### ПРИМЕНЕНИЕ ИНТРАВИТРЕАЛЬНЫХ ИМПЛАНТАТОВ «OZURDEX» В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ИШЕМИЧЕСКОЙ ОККЛЮЗИЕЙ РЕТИНАЛЬНЫХ ВЕН

**Кожемякина А.А.**  
**Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. И.П. Павлова**  
**Научный руководитель — к.м.н. доц. Тульцева С.Н.**

Оценить влияние интравитреального имплантата «OZURDEX» на макулярный отек, возникший на фоне ишемической окклюзии вен сетчатки, а также макулярный отек, осложненный эпиретинальным фиброзом.

Материалы и методы исследования.

В исследовании участвовало 13 человек (13 глаз). Исходный уровень внутриглазного давления составлял в среднем 17,2 ± 1,7 миллиметров ртутного столба, острота зрения - 0,26 ± 0,08, центральная толщина сетчатки — 620 ± 68 микрометров. Окклюзия вен сетчатки развивалась по ишемическому типу у 5 пациентов (5 глаз), по неишемическому типу в сочетании с эпиретинальным фиброзом у 6 пациентов (6 глаз). У 8 человек терапия «OZURDEX» была первичной, 5 человек ранее получали лазерную терапию и инъекции ингибиторов ангиогенеза. Диагностические исследования выполнялись до интравитреальной инъекции «OZURDEX» и спустя 2, 4, 6, 10 и 14 недель.

#### Результаты исследования

Острота зрения максимально улучшалась в течение первых 2 недель (в среднем на  $0,15 \pm 0,08$ ), затем весь период наблюдения практически не изменялась.

Внутриглазное давление повысилось до 32 миллиметров ртутного столба у двух пациентов, у 4 наблюдался транзиторный подъем до 27 миллиметров ртутного столба. Период офтальмогипертензии, связанной с интравитреальным введением «OZURDEX», длился со 2 по 10 неделю. В 6 из 13 случаев (46%) дополнительно назначалась инстилляционная местная гипотензивная терапия.

Средняя толщина сетчатки в макулярной зоне до лечения составляла  $620 \pm 68$  микрометров, в 92% случаев через 2 недели она составляла  $438 \pm 59$  микрометров, через 4 недели –  $400 \pm 43$  микрометров, спустя 6 и 10 недель  $366 \pm 23$  микрометров и  $336 \pm 21$  микрометров соответственно. В одном случае на 90 день произошел рецидив макулярного отека.

#### Выводы

Интравитреальное введение имплантата «OZURDEX» при ишемическом типе окклюзии вены сетчатки способствует снижению центральной толщины сетчатки, повышению остроты зрения, однако в 46% сопровождается транзиторной офтальмогипертензией, которая требует назначения местной гипотензивной терапии. Интравитреальная имплантация «OZURDEX» положительно влияет на макулярный отек, осложненный эпиретинальным фиброзом, не вызывая его прогрессирования.

### **ВВЕДИТЕ НАЗРОЛЬ P2Y-РЕЦЕПТОРОВ В ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОЙ РЕГЕНЕРАЦИИ ЭПИТЕЛИЯ РОГОВИЦЫ**

**Зиннуров Р.Р.**

**Казанский государственный медицинский университет**

**Научный руководитель – д.м.н., доц. Рагинов И.С.**

Травма эпителия роговицы инициирует каскад внутриклеточных реакций, поддерживающих выживание кератиноцитов и стимулирующих их пролиферацию и миграцию. Ранее было показано, что активация метаболитных P2Y-рецепторов стимулирует миграцию клеток эпителия роговицы *in vitro* (Boucher et al., 2010). Цель нашего эксперимента — оценить участие P2Y-рецепторов в посттравматическом восстановлении эпителия роговицы и вклад P2Y-рецепторов в стимулирующий регенерацию эффект солкосерил *in vivo*.

Опыты проведены на 15 беспородных крысах-самцах. Всем животным под слабым ингаляционным наркозом осуществляли травму роговицы обоих глаз при помощи металлической щетки. Площадь повреждения оценивали с использованием флуоресцеина. Непосредственно после травмы, а также через 8 и 16 часов роговицы инстиллировали: 1) у 8 животных левый глаз — физиологическим раствором (контроль), правый глаз — 0,3% раствором Reactive Blue 2 (Sigma) (блокатор P2Y-рецепторов); 2) у 7 животных левый глаз — солкосерилом, правый глаз — 0,3% раствором Reactive Blue 2+солкосерилом. Через 24 часа после операции животных выводили из эксперимента передозировкой наркоза и выделяли роговицы. Материал фиксировали в формалине, в дальнейшем парафиновые срезы окрашивали гематоксилином и подсчитывали количество слоев клеток в месте травмы в 3 полях зрения. Результаты обрабатывали, используя критерий Стьюдента.

Через 24 часа после травмы количество слоев в эпителии роговицы не отличалось от интактных значений. Введение 0,3% раствора Reactive Blue 2 также не изменяло данный показатель. Под влиянием солкосерила количество слоев клеток по сравнению с контролем возрастает на 83% ( $P < 0,05$ ). Однако, при одновременном введении Солкосерила и Reactive Blue 2 количество слоев в эпителии роговицы не отличалось от контроля.

Наши данные указывают на значительную роль P2Y-рецепторов в процессе посттравматической регенерации эпителия роговицы у крыс.

### **МОНИТОРИНГ СОВРЕМЕННОГО СОСТОЯНИЯ ОРГАНА ЗРЕНИЯ У СТУДЕНТОВ ТЕХНИЧЕСКИХ ВУЗОВ**

**Стегунова Н. А., Сунгурова Н. А., Ефремова Д. А.**

**Казанский государственный медицинский университет**

**Научный руководитель – к.м.н., доц. Нагуманова А. М., к.м.н., асс. Хамитова Г. Х.**

На сегодняшний день хорошо известно, что близорукость является мультифакториальной аномалией рефракции. Причинами ее возникновения являются врожденные нарушения зрительной системы, главным образом наследственность, и влияние внешних факторов.

В образовательном процессе вуза задача профилактики нарушений зрения не решается. В период обучения в университете студент вынужден переносить большие психоэмоциональные нагрузки и стресс, что приводит к потере части адаптивных ресурсов и обуславливает возникновение зрительных расстройств. Основной причиной близорукости является умственное утомление и психическое напряжение, порождающее «физическое перенапряжение глаз».

Цель исследования – изучение состояния органа зрения и его коррекции у студентов технических вузов г. Казани.

Материалы и методы исследования: анкетирование студентов 3-4 курсов Казанского федерального университета и Казанского государственного архитектурно-строительного университета. Вопросы анкеты включали в себя изучение наследственного фактора, состояние зрительного анализатора (рефракции), величину зрительной нагрузки, методы коррекции, наблюдение за динамикой рефракции и частота посещений офтальмолога.

Результаты. Было проанализировано 80 респондентов, из них, 34 юношей и 46 девушек в возрасте от 18 до 21 года. По результатам исследования, была выявлена тенденция к снижению зрения у студентов за время обучения в университете. Наши исследования показали, что у студентов вузов имеется тенденция к снижению зрения, где:

1. определена умеренная и высокая нагрузка на орган зрения (84%);
2. фактор наследования миопии установлен в 66% случаях;
3. увеличение степени близорукости установлено у 33% опрошенных (24% девушек и 9% юношей);
4. очковый тип коррекции близорукости используют 46% анкетированных (девушек-30%, юношей-16%), контактную коррекцию - 54% (из них девушек-31%, юношей-23%);
5. осмотр офтальмолога раз в году проходит только половина опрошенных студентов (54%), что также является усугубляющим фактором в плане остановки прогрессирования миопии.

## **ФАРМАКОТЕРАПИЯ СИНДРОМА «СУХОГО ГЛАЗА» ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ГЕНЕЗА**

**Анисимова С.Г.**

**Кировская государственная медицинская академия**

**Научный руководитель – д.м.н., проф. Мазина Н.К., к.м.н., доц. Абрамова Т.В.**

Цель работы: изучить влияние энергопротектора Цитофлавина на слезопродукцию у электрогазосварщиков и бухгалтеров с синдромом «сухого глаза».

Материалы и методы: 51 пациента с профессиональным синдромом «сухого глаза» (102 глаза) в возрасте 33±7 лет разделили на 2 группы. Одна получала 2 курса цитофлавина по 25 дней с перерывом 1 месяц, другая, контрольная – плацебо. Оценивали остроту зрения, пробы Ширмера и Норна.

Результаты и их обсуждение. За месяц цитофлавин вызвал рост остроты зрения у сварщиков с 0,66±0,07 до 0,74±0,07,  $p=0,06$ , в контроле изменений не было. После перерыва в группе цитофлавина она возросла на 3%,  $p<0,05$ , в контроле не изменилась. Повторный курс вызвал ее рост на 1%, плацебо – нет. Острота зрения бухгалтеров после второго курса препарата возросла на 47%,  $p<0,001$ , с плацебо не изменилась.

После цитофлавина у сварщиков проба Ширмера возросла с 7,1±1,4 мм до 9,8±1,3 мм,  $p<0,01$ , в контроле не изменилась. После перерыва в группе цитофлавина – возросла на 3 мм,  $p=0,001$ , в контроле снизилась на 0,4 мм. После второго курса – возросла на 1,5 мм,  $p<0,001$ , в контроле не изменилась. У бухгалтеров после цитофлавина проба Ширмера возросла с 7,7±1,2 мм до 12,3±1,2 мм,  $p<0,0001$ , в контроле не изменилась. Перерыв не вызвал сдвигов в обеих группах. Повтор курса увеличил ее на 1,5 мм,  $p<0,001$ , плацебо нет.

У сварщиков препарат вызвал рост пробы Норна с 7,1±0,3 сек до 7,5±0,2 сек,  $p<0,01$ , плацебо без изменений. После перерыва в группе цитофлавина не было различий, в контроле – снижение на 0,3%. Повтор курса вызвал рост на 0,3 сек,  $p=0,001$ , плацебо нет.

У бухгалтеров после цитофлавина проба Норна возросла с 6,7±0,4 сек до 7,9±0,3 сек,  $p<0,01$ , в контроле не изменилась. После перерыва в группе цитофлавина она возросла на 0,1 сек,  $p<0,01$ , в контроле – на 0,07 сек. После повтор курса – возросла на 0,3 сек,  $p<0,001$ , в контроле не изменилась.

Приём цитофлавина пациентами с профессиональным синдромом «сухого глаза» вызвал достоверное улучшение выработки слезы. Это может использоваться для профилактики и лечения профессиональной офтальмопатологии.

## **К ВОПРОСУ ОБ ИЗУЧЕНИИ СВЯЗИ МЕЖДУ БОЛЕЗНЬЮ АЛЬЦГЕЙМЕРА И ГЛАУКОМой**

**Якубова А.Ш., Горелкин И.В.**

**Казанский государственный медицинский университет**

**Научный руководитель – к.м.н., доц. Нугуманова А.М.**

Сегодня известно, что глаукома – это хроническая прогрессирующая оптическая нейропатия, характеризующаяся морфологическими изменениями в головке зрительного нерва и слое ганглионарных клеток сетчатки, их гибелью и, вследствие этого, нарушениями зрительных функций.

Болезнь Альцгеймера (БА) относится к классу нейродегенеративных заболеваний, при котором идет потеря нейронов и синаптических связей в коре головного мозга и субкортикальных областях. Ряд современных авторов считают, что эти заболевания взаимосвязаны.

Цель – изучение причин развития и особенностей течения глаукомы у больных с болезнью Альцгеймера.

Метод исследования – изучение литературных данных.

Анализ показал, что БА была выявлена у 63% пациентов, имеющих проблемы со зрением в преклонном возрасте, в то время как первичная открытоугольная глаукома – у 23,8% в группе пациентов с БА и у 9,9% – в контрольной группе. Оба заболевания чаще встречаются у женщин и прогрессируют с возрастом. В обоих случаях происходит избранное поражение ганглионарных клеток сетчатки (исследование зрительных нервов у 10 пациентов с БА показало дегенерацию во всех 10 случаях).

Существует гипотеза об одинаковом с БА транссинаптическом механизме нейродегенерации при глаукоме. Так же при заболеваниях наблюдается одинаковый механизм гибели нейронов сетчатки апоптоз, развивающийся вследствие открытия митохондриальных пор, вызываемого различными процессами, в том числе белком  $\beta$ -амилоидом. Однако, при БА белок образуется вследствие мутации гена, а при глаукоме, из-за действия на зрительный нерв повышенного ВГД. Помимо этого, в пораженных тканях обнаруживаются сходные маркеры:  $\beta$ -амилоид, липофусцин, моноцитарный хемотаксический фактор.

Однако, имеются и различия: при БА наблюдаются не характерные для глаукомы нарушения – невозможность воспринимать объемность предметов, необходимость высококонтрастного изображения, потребность в освещении большей интенсивности и в большей «простоте» видимого, изменения остроты зрения, цветового зрения.

Исходя из этого, сегодня рано делать однозначные выводы о взаимосвязи этих заболеваний.

## **ИЗУЧЕНИЕ ФАКТОРОВ РИСКА РАЗВИТИЯ ГЛАУКОМЫ НОРМАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ**

**Заманова Э.С., Хисамова Д.Р., Гумерова Д.Р.**

**Казанский государственный медицинский университет**

**Научный руководитель – к.м.н., доц. Нугуманова А.М.**

Актуальность. Глаукома нормального давления (ГНД) – это заболевание, при котором развивается экскавация диска зрительного нерва (ДЗН), возникают нарушения в ретинальном слое зрительных волокон и дефекты в поле зрения, такие же, как и при других формах хронической глаукомы, но при нормальном уровне внутриглазного давления (ВГД).

Некоторые авторы указывают на артериальную гипотонию, миопию и наследственность как факторы риска развития ГНД.

Цель: выявить основные причины развития ГНД.

Задача: проанализировать амбулаторные карты пациентов поступивших на обследование в РКП в ноябре 2013 г.

Методы исследования: анализ данных рефракции, ВГД, оптической когерентной томографии, периметрии, выявление сопутствующих заболеваний.

Результаты исследования: Были проанализированы амбулаторные карты 600 пациентов, поступивших на обследование в Республиканскую клиническую поликлинику в 2013 г. с диагнозом «Первичная открытоугольная глаукома», из которых были отобраны 16 карт больных с ГНД. Анализ медико-биологических факторов показал, что средний возраст женщин

составил 72 года, у мужчин – 65. У женщин ГНД встречалась чаще, чем у мужчин (81% и 19%), наследственная отягощенность составила всего 13%. Среди общих заболеваний артериальная гипертензия, вопреки распространенному мнению, преобладала над гипотонией (56 % и 13%).

Среднее ВГД составило 19 мм рт. ст., у 68% лиц процесс двусторонний, у 32% - односторонний. По данным периметрии чаще наблюдались скотомы в нижней половине поле зрения. Изучение рефракции показало, что у этих лиц преобладает не миопия, как ожидалось, а гиперметропия (встречалась в 1,5 раза чаще), астигматизм составил 13%.

Выводы: 1) Установлено, что ГНД чаще встречается у женщин, чем у мужчин. 2) Наследственная отягощенность составила всего 13%. 3) У пациентов чаще наблюдалась АГ, чем гипотония. 4) Среди аномалий рефракции гиперметропия преобладала над миопией (68 и 40%).

## ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ ФИЗИОЛОГИЯ

### ОСОБЕННОСТИ ВЛИЯНИЯ ЦИРКУЛИРУЮЩИХ МИКРОВЕЗИКУЛ НА РОСТ ФИБРИНОВОГО СГУСТКА У ЗДОРОВЫХ КОК РЕЦИПИЕНТОВ

Ляхова Е.А., Шакирова Р.Р.

Казанский государственный медицинский университет

Научные руководители – д.м.н., проф. Зубаирова Л.Д., д.э.н., асс. Набиуллина Р.М.

Цель: Изучить, оказывают ли микровезикулы крови, образующиеся *in vivo* у здоровых женщин, применяющих КОК, влияние на динамику роста сгустка фибрина.

Задачи исследования:

1. Определить количество микровезикул в крови здоровых доноров реципиентов КОК и не применяющих КОК

2. Исследовать влияние удаления основной популяции микровезикул крови на динамику роста фибринового сгустка

Ход исследования:

1. Для получения бесклеточной плазмы (PFP) цитратная кровь центрифугировалась дважды 1500 g, 15 минут и далее 10000 g, 10 min, 21 °C, для получения плазмы, обедненной микровезикулами (MDP) бесклеточная плазма фильтровалась через мембрану с размерами пор 0,1 мкм (Millipore). PFP и MDP разводились раствором Cell Wash (Becton Dickinson, США) 1:10 и исследовались методом проточной цитометрии на приборе FACS Calibur (Becton Dickinson).

2. Кинетику фибринообразования в PFP и MDP исследовали на приборе «Регистратор тромбодинамики Т-2», путем видеорегистрации роста фибринового сгустка в пространстве при активации свертывания от поверхности с иммобилизованным тканевым фактором.

Результаты :

Количество микровезикул в контрольной группе: PFP -  $10,75 \pm 2,5 \times 10^7$ /мл; MDP –  $1,03 \pm 0,17 \times 10^7$ /мл, то есть при фильтрации удаляется ~90% микровезикул.

Количество микровезикул у реципиентов КОК: PFP -  $8,45 \pm 2,6 \times 10^7$ /мл; MDP –  $0,61 \pm 0,04 \times 10^7$ /мл.

То есть, средний уровень микровезикуляции у реципиентов КОК ниже, однако, не достигает статистической значимости.

У здоровых доноров, циркулирующие в крови микровезикулы, имеющие размер более 0,1 микрон, оказывают существенное влияние на динамику пространственного роста фибринового сгустка. Удаление микровезикул сопровождается:

1. Снижением начальной скорости

2. Снижением стационарной скорости

3. Снижением размеров сгустка

4. Повышением плотности сгустка

В то же время, влияние этой популяции микровезикул на кинетику роста сгустка у реципиентов КОК отличается:

1. Менее выражено влияние на стационарную скорость и размеры сгустка

2. Отсутствует влияние на плотность сгустка

Вывод:

Циркулирующие микровезикулы у реципиентов КОК по сравнению со здоровыми донорами не применяющими контрацептивы в меньшей степени влияют на скорость роста сгустка фибрина и не влияют на его плотность, то есть проявляют менее выраженные прокоагулянтные свойства.

### ПАТОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ РАЗВИТИЯ НАРКОМАНИИ

Митрофанов П. А.

Казанский государственный медицинский университет

Научный руководитель – к.м.н., асс. Дунаев П. Д.

Наркомания – хроническое рецидивирующее заболевание, для которого характерно навязчивое состояние поиска и приема наркотического вещества, несмотря на серьезные негативные последствия. Наркотические вещества первоначально вызывают эйфорию или облегчают стресс. Продолжительное их потребление приводит к адаптивным изменениям в центральной нервной системе, которые ведут к привыканию, физической зависимости, возбуждению, непреодолимой тяге и рецидивам. В настоящее время время круг наркотических веществ достаточно широк. В частности, к ним относятся опиоиды, каннабиноиды, этанол, кокаин, амфетамины и никотин.

В настоящее время, согласно статистическим данным, Россия является одним из крупнейших рынков героина в Европе. Общее число лиц, употребляющих наркотики, составляет от 3 до 4 миллионов, треть из которых — лица, злоупотребляющие героином. Каждый день в России от употребления наркотиков умирает 80 человек, более 250 человек становятся наркозависимыми.

В связи с вышеизложенным, актуальной задачей является изучение патогенеза наркомании, в частности ее молекулярных и клеточных механизмов. Несмотря на то, что наркотики отличаются друг от друга по химической структуре и первоначальному действию, развивающаяся к ним зависимость имеет ряд общих механизмов. Исследования последних лет

показали, что в центральной нервной системе происходит активация мезолимбической дофаминовой системы. Такая активация включает ускоренное проведение импульса по дофаминовым нейронам в вентральной тегментальной области среднего мозга (теgmentальная зона, прилежащая к черной субстанции) с последующим увеличенным выделением дофамина в nucleus accumbens (лат. – прилежащее ядро, NAc) и в другие области лимбического переднего мозга (к примеру, в лобную кору). Различные наркотические вещества также активируют мезолимбическую дофаминовую систему через опиоидные пути, которые иннервируют VTA (англ. – Ventral trigmental area) и NAc.

Таким образом, для создания эффективной терапии наркомании необходимо изучение ее молекулярных и клеточных механизмов, в частности, процессов протекающих в мезолимбической дофаминовой системе.

## **РАК МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЁЗ**

**Хабибуллина К.М., Халимова Р.Ф.**

**Казанский государственный медицинский университет**

**Научный руководитель – к.м.н., ст. преп. Галлямов Р.М.**

Рак молочной железы - это злокачественная опухоль железистой ткани молочной железы. Он является наиболее распространенным видом рака среди женщин и вызывает наибольшие опасения. Ежегодно диагностируется около 25 тыс. новых случаев этого заболевания, и каждый год от него умирают приблизительно 15 тыс. женщин - больше, чем от любого другого рака. Это самая распространенная единичная причина смерти среди всех женщин в возрасте от 13 до 90 лет.

Имеются существенные различия в показателях заболеваемости среди женщин в разных странах. Так, например:

- в Западной Европе - 90-100 случ. в год на 100 тыс. женщин.

- в низкоразвитых странах Западная Африка (Гамбии) - 3-4 сл. в год.

В России в 2004г –зарегистрировано 64 сл в год на 100 тыс. женщин. А по данным 2011 года в Москве зарегистрировано -54 сл. на 1000 женщин. Заболевших в 2011 г. На 15,8% выше, чем в 2001.

Цель исследования:

- Рассмотреть этиологию, основы этапы патогенеза и симптоматики

- Изучить значимость факторов риска и меры профилактики.

Методы исследования:

- Изучение и обобщение существующей литературы по данной теме

- Анализ статистических данных.

Результаты исследования:

- Рассмотрели этиологию, основы патогенеза и симптоматики

- Изучили значимость факторов риска и меры профилактики.

Выводы:

- Была выявлена значимость факторов риска

- Изучена корреляция заболеваемости рака молочной железы с условием места жительства (город/село)

- Рассмотрены современные методы лечения.

## **ОНКОТЕРМИЯ В ОНКОЛОГИИ**

**Мансурова Г.Р.**

**Казанский государственный медицинский университет**

**Научный руководитель – к.м.н., ст. преп. Галлямов Р.М.**

Актуальность. Первичная заболеваемость раком растет из года в год. В структуре общей заболеваемости данная патология занимает второе место в мире. В онкологии применяют 3 базовых метода для лечения опухолей: хирургия, химиотерапия и лучевая терапия, но существует еще и онкотермия. Это новый метод лечения онкологических заболеваний, основанный на методе гипертермии с применением новых данных о воздействии электромагнитных полей на злокачественные клетки. Онкотермия оказывает мембранодеструктивное действие, эффект специфической модуляции, структурирующий эффект и избирательное нагревание злокачественных клеток до температуры 42,5\*С. Причем термические эффекты не играют главную роль. Суть метода в том, что под воздействием радиочастотного тока формируется трансмембранный градиент, запускающий ряд процессов, нарушающих функции мембраны, тем самым убивая злокачественные клетки.

Цель. Установить положительные стороны применения онкотермии при лечении онкозаболеваний.

Материалы и методы. Применялся метод онкотермии. Исследование было основано на итогах работы кабинета онкотермии ООО «ОптиМед» в Крымском республиканском учреждении «Клинический онкологический диспансер», в котором с 2008 по 2009 годам было изучено состояние 63 больных, которые подверглись онкотермии при радикальном и паллиативном лечении. Проведено 759 сеансов.

Результаты. 100% эффективности онкотермии в сочетании с гамма-терапией при радикальном лечении (13 человек) и 36% эффективности при паллиативном лечении по социальным показаниям (50 человек).

Вывод. Онкотермия не способна победить все онкозаболевания, но она приводит к качественному изменению лечения, и поэтому она должна развиваться дальше и наряду с применением гипертермии должна внедряться в лечение онкозаболеваний.

## **РОЛЬ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ ГЕНЕТИЧЕСКИХ И СРЕДОВЫХ ФАКТОРОВ В ПАТОГЕНЕЗЕ ШИЗОФРЕНИИ**

**Артемьева Д.В.**

**Казанский государственный медицинский университет**

**Научный руководитель – к.м.н., ст. преп. Галлямов Р.М.**

Актуальность темы. Клинико-генетические исследования шизофрении имеют значение для определения ее генетической детерминированности. Большое место среди них занимают исследования семейной патологии. Анализ близнецовых данных подтвердили генетическую предрасположенность, а также важность предшествующих стрессовых событий, как основных детерминант шизофрении. Современный подход заключается в исследованиях взаимодействия генов и окружающей среды.

Цель работы. Изучить современные данные исследований об этиологии и патогенезе шизофрении, в частности генно-средовые воздействия.



Материалы и методы. Анализ научной литературы по проблеме и сопоставление статистических данных, свидетельствующих о достоверности воздействия того или иного фактора в развитии данной патологии.

Полученные результаты. Обобщающие работы последних лет показывают, что конкордантность монозиготные близнецов по шизофрении составляет около 50%, тогда как для дизиготных она более чем в три раза ниже (около 15%). Данные, полученные для 12 пар разлученных близнецов, показали 58% конкордантность. Поскольку монозиготные близнецы не являются полностью конкордантными, ясно, что гены не являются единственной причиной заболевания. Коэффициент наследуемости шизофрении составляет 60-70%. Это означает, что популяционная вариативность по шизофрении на 60-70% объясняется генетической вариативностью, остальные 30-40% приходятся на долю среды. При изучении мигрантов также было обнаружено доказательства значимости генно-средовых взаимодействий и влияний. Выявлен высокий риск психозов среди мигрантов из стран Карибского бассейна в Великобритании, по сравнению с основной популяцией. Далее, семейное исследование рожденных в Великобритании афрокарибцев продемонстрировало высокий риск психозов среди сиблингов молодых афрокарибских пациентов (15,9% по сравнению с 1,8% сиблингов пациентов в белой популяции). При этом заболеваемость шизофренией среди белых и цветных родителей была примерно одинакова (8,4% и 8,9% соответственно).

Вывод. Шизофрения является полиэтиологическим заболеванием, зачастую генетически обусловленным (возможны родовые привязки заболевания). Вместе с тем, важную роль в манифестации (проявлении симптоматики) заболевания играют факторы окружающей среды.

## **ОПРЕДЕЛЕНИЕ УСТОЙЧИВОСТИ ОРГАНИЗМА К ВОЗДЕЙСТВИЮ ХОЛОДОВОГО ФАКТОРА**

**Короткова А.С., Гришина Д.Э.**

**Казанский государственный медицинский университет**

**Научный руководитель – к.м.н, ст. преп. Галлямов Р.М.**

Актуальность темы. Велик вред, наносимый охлаждением, для человека, не обладающего высокой степенью устойчивости к холоду. Охлаждение играет главную роль в возникновении простудных и гриппозных заболеваний. Отсутствие достаточной резистентности организма может быть чревато переохлаждением, что в свою очередь нередко ведет к фатальным последствиям. Уровень устойчивости организма к воздействию холодного фактора позволяет косвенно оценить его стрессоустойчивость.

Цель работы. Установление и анализ реакции организма человека на воздействие холодом.

Методы. Анализ научной литературы по проблеме и статистический анализ данных, полученных в ходе эксперимента и анкетирования. Сравнительная оценка устойчивости к воздействию холодного фактора у людей, живущих в разных климатических зонах, согласно данным литературы.

Полученные результаты. В результате проведенных исследований была установлена меньшая устойчивость к воздействию холодного фактора женщин относительно мужчин, а также менее устойчивыми к данному фактору оказались люди с ослабленным здоровьем по отношению к группе людей, не имеющих отклонений в состоянии здоровья. Люди, живущие в теплых климатических условиях менее устойчивы к холоду, чем люди, проживающие в более холодном климате. Наиболее значительные колебания были отмечены при изучении изменения частоты сердечных сокращений. Показательным явилось и время, потребовавшееся на восстановление исходной температуры (у более здоровых людей это время оказалось в среднем вдвое меньшим).

Вывод. Устойчивость организма к холоду в значительной степени зависит от того, занимается ли человек регулярно холодным закаливанием. Многочисленные исследования показали, что внедрение закаливающих процедур в режим дня снижает число простудных заболеваний в 2-5 раз, а в отдельных случаях почти полностью исключает их возникновение. Таким образом, подготовленность организма к стрессу в виде холодного воздействия во многом предопределяет дальнейший исход.

## **БОЛЕЗНЬ АЛЬЦГЕЙМЕРА: ПАТОГЕНЕЗ, ДИАГНОСТИКА, КОРРЕКЦИЯ**

**Галаутдинова Д.И.**

**Казанский государственный медицинский университет**

**Научный руководитель – д.м.н., проф. Мухутдинова Ф.И.**

Болезнь Альцгеймера – медленно прогрессирующее нейродегенеративное заболевание, сопровождающееся деменцией в 60-70% случаев.

Цель исследования: изучение патогенетических механизмов болезни Альцгеймера, новых методов диагностики заболевания и средств коррекции.

Результаты исследования: Патогенез наследственных («семейных») форм болезни Альцгеймера имеет в основе мутации гена белка-предшественника  $\beta$ -амилоида и генов, обеспечивающих синтез мембранных белков – пресенилинов.

Основной механизм избыточного образования  $\beta$ -амилоида при «мутационных» формах – это патологический процессинг белка-предшественника амилоида под влиянием мутантно измененных пресенилинов. Образуется удлиненный  $\beta$ -амилоид, который обладает высокой способностью к агрегации. Агрегация  $\beta$ -амилоида приводит к образованию сенильных бляшек, нейрофибриллярных клубков (за счет фосфорилирования тау-протеина) и, в итоге, к гибели нейронов. Возникает центральный ацетилхолинергический дефицит.

Характерным патоморфологическим изменением является диффузное распространение сенильных бляшек и нейрофибриллярных клубков, а также – атрофия коры, изменение объема и массы головного мозга, уменьшение числа нейронов, дегенерация синапсов.

Клинические проявления связаны с нарушениями памяти, внимания, нарастанием симптомов деменции. Со временем нарушаются процессы мышления, возникают дезориентация в пространстве и времени и изменения личности.

В диагностике болезни Альцгеймера большое внимание уделяется оценке доклинических стадий и поиску биомаркеров заболевания. Выделяют две основные группы биомаркеров, отражающих амилоидоз и нейрональную дегенерацию. Первые предшествуют клиническим симптомам, вторые информативны на ранних и поздних стадиях. По наличию этих маркеров определяется вероятность преддементной стадии и стадии деменции.

В терапии болезни Альцгеймера применяются разные группы препаратов: блокаторы образования и отложения  $\beta$ -амилоида, нейропротекторы, ингибиторы холинэстеразы, антагонисты N-метил-D-аспаратных рецепторов.

## **РОЛЬ АУТОФАГИИ В НОРМЕ И ПАТОЛОГИИ**

**Мамедова С.Н.**

**Казанский государственный медицинский университет**

**Научные руководители – к.м.н., асс. Галембикова А.Р., д.м.н., проф. Бойчук С.В.**

Аутофагия - процесс, при котором внутренние компоненты клетки доставляются внутрь её лизосом (у млекопитающих) или вакуолей (клетки дрожжей) и подвергаются в них деградации.

Принято выделять три типа аутофагии (микроаутофагия, макроаутофагия и шаперон-опосредованная аутофагия). Микроаутофагия - избирательный захват макромолекул или обломков клеточных мембран лизосомой и дальнейшее их переваривание внутри неё. Макроаутофагия происходит путем образования аутофагосомы вокруг участка цитоплазмы с органеллами, слияния аутофагосомы с лизосомой (образование аутофаголизосомы) с последующим перевариванием содержимого аутофагосомы. Шаперон-опосредованная аутофагия представляет собой направленный транспорт частично денатурированных белков из цитоплазмы сквозь мембрану лизосомы в ее полость и переваривание их. Данный вид аутофагии происходит при участии цитоплазматических белков-шаперонов семейства hsc-70, вспомогательных белков и LAMP-2, служащего мембранным рецептором комплекса шаперона и белка, подлежащего транспорту в лизосому.

Механизмы аутофагии задействованы в избавлении клетки от поврежденных либо утративших свою функцию органелл, в энергообеспечении клетки в периоды дефицита питания. Кроме того, активация аутофагических процессов в клетке заложена в основе одного из видов самопрограммируемой клеточной гибели – каспаза-независимого апоптоза, играющего жизненно важную роль в период эмбрионального развития. Нарушения процессов аутофагии играют важную роль в развитии ряда патологических процессов: болезни Альцгеймера, болезни Паркинсона, иммуносупрессии, опухолевых заболеваний и др.

Таким образом, изучение механизмов аутофагии, её типов и систем регуляции является перспективным для создания новых подходов в терапии опухолевых, аутоиммунных, нейродегенеративных и др. заболеваний.

## **МЕХАНИЗМЫ ИММУНОТЕРАПИИ РМЖ — ПЕРСПЕКТИВЫ СОЗДАНИЯ ПРОТИВООПУХОЛЕВЫХ ВАКЦИН**

**Середа Т.А.**

**Казанский государственный медицинский университет**

**Научные руководители — к.м.н., асс. Галембикова А.Р., д.м.н., проф. Бойчук С.В.**

Раком молочной железы (РМЖ) в мире болеют примерно 1,5 млн женщин. В настоящее время существует ряд общепринятых методов лечения РМЖ: хирургический, химио-, лучевая и гормональная терапия. Их недостаточная эффективность послужила поводом к поиску и исследованиям новых подходов в лечении данного заболевания, в частности, иммунотерапии РМЖ. Иммунотерапия опухолей нацелена на коррекцию иммунной системы при проведении специфической терапии и в отдаленные сроки после нее для элиминации из организма оставшихся опухолевых клеток.

В настоящее время проводятся клинические испытания противоопухолевых вакцин, нацеленных на HER2-позитивный РМЖ, например NeuVax. Пептидная цепочка NeuVax представляет собой наиболее иммуногенный фрагмент извлеченный из внеклеточного домена рецептора HER2. Вакцина вводится подкожно вместе с иммуноадаьювантом (ГМ-КСФ). Дендритные клетки связываются с NeuVax и мигрируют в лимфоузлы, где презентуют данный антиген Т-лимфоцитам, что приводит к повышению уровня Т-лимфоцитов, экспрессирующих белок HER2. Миллионы стимулированных Т-лимфоцитов мигрируют по организму, осуществляя поиск микрометастаз. После распознавания последних, Т-лимфоциты разрушают опухолевые клетки, экспрессирующие HER2 рецептор на своей мембране.

Так же проводятся испытания дендритных вакцин, для получения которых производят забор предшественников дендритных клеток путём лейкофореза. Далее проводят обучение выделенных клеток лизатами опухолевой ткани, добытого оперативным путём. Вакцину вводят в лимфатические узлы, где происходит стимуляция образования цитотоксических Т-лимфоцитов. Последние достигнув опухолевые клетки начинают выделять перфорины, которые встраиваются в мембрану опухолевой клетки, создавая в них поры. После чего опухолевая клетка, набухая, лопаётся, а лимфоцит идёт слущивающую.

Таким образом, противоопухолевая вакцина обеспечивает долговременную защиту от рецидива опухоли.

## **АТЕРОСКЛЕРОЗ. РАСПРОСТРАНЁННОСТЬ, ТЕОРИИ И ПАТОГЕНЕЗ (ЭТАПЫ) РАЗВИТИЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ**

**Садриева А.И., Кашапова А.А.**

**Казанский государственный медицинский университет**

**Научный руководитель – д.м.н., проф. Мухутдинова Ф.И.**

Цель исследования: изучить распространённость, факторы риска, этапы и теории возникновения заболевания.

Методы исследования: анализ распространённости, работа с источниками по этапам и теориям возникновения.

Атеросклероз - заболевание, поражающее артерии эластического типа, такие как аорта, подвздошные сосуды, а также крупные и средние артерии мышечного типа (коронарные, сонные, внутримозговые, артерии нижних конечностей).

Распространённость атеросклероза неутешительна. После 30-35 лет атеросклерозом болеет 75% мужчин и 38% женщин. В возрасте 55-60 лет эти цифры приближаются к 100%.

Атеросклероз развивается постепенно 15-20 лет, прежде чем появятся первые клинические его симптомы.

Атеросклероз наиболее развит в развитых странах (в США, Германия, Швеция, Англия, Финляндия). В последнее время их стали догонять крупные города России и Украины.

Факторы риска: некорректируемые (возраст, наследственность), частично корректируемые (сахарный диабет), корректируемые (курение, несбалансированное питание).

Теории возникновения заболевания:

1) Атеросклеротическая бляшка состоит из веществ, циркулирующих в крови, в первую очередь – из фибрина. Вследствие отложения фибрина на поверхности артерий происходит образование бляшек и сужение сосуда.

2) Тромболипидная теория. Липиды, накопившиеся в стенке сосуда «притягивают» к себе фибрин, а он захватывает липиды.

3) Перекисная теория. Образование перекисей липидов в стенке сосуда вызывает первичное повреждение интимы и усиливает течение атеросклеротического повреждения.

4) Моноклональная теория. Пропролиферации подвергаются наиболее чувствительные к высоким концентрациям холестерина клетки, пролиферация является следствием накопления холестерина в стенке сосудов.

5) Аутоиммунная теория (А.Н.Климов, 1995). Пусковым механизмом атеросклероза являются аутоиммунные комплексы, содержащие липопротеины в качестве антигена.

Этапы возникновения заболевания:  
начальный этап как следствие повреждения эндотелия, прогрессирование атерогенеза, переходный этап, формирование атеромы.

Заключение:

Как следует из изложенного материала заболевание молодеет, увеличивается её территориальный охват, нет единой теории возникновения, на основании которой можно сделать вывод о полиэтиологичности атеросклероза на данном этапе развития науки.

### **РАССЕЯННЫЙ СКЛЕРОЗ**

**Шакирова Г.Ф., Мухаметшина Э.И.**

**Казанский государственный медицинский университет  
Научный руководитель – д.м.н., проф. Зубаирова Л.Д.**

Цель: анализ последних литературных данных современных исследований, посвященных этиологии и патогенезу рассеянного склероза.

Рассеянный склероз – это многофакторное заболевание, этиология которого связана с наследственной предрасположенностью, действием экзогенных факторов.

В формирование генетической предрасположенности к РС вовлечены гены цитокинов, гены иммуноглобулинов и других белков, участвующих в иммунных реакциях; гены, кодирующие белковую структуру основных антигенов миеллина.

Определяющая черта рассеянного склероза - наличие в ткани головного и спинного мозга очагов демиелинизации, или бляшек (острых или хронических).

Основу патогенеза составляет реакция аутоиммунной агрессии, которая может быть направлена на основной белок миеллина, протеолипидный протеин, миелиновый олигодендроцитный гликопротеин и связанный с миелином гликопротеин.

Активация аутореактивных CD4 + Т-хелперных клеток на периферии приводит к усилению иммунного ответа путем активации дополнительных иммунных клеток включая: CD8 +, В-лимфоцитов, гранулоцитов, моноцитов и тучных клеток. Затем активированные CD4 + Т-клетки и клетки воспаления прикрепляются к гематоэнцефалическому барьеру, проникают через него. Это происходит за счет выделения провоспалительных цитокинов: фактор некроза опухоли альфа (TNF-α), интерферон – гамма (IFN-γ), которые в свою очередь активируют молекулы адгезии (LFA-1 and VLA-4) на эндотелии гематоэнцефалического барьера. После проникновения в ЦНС CD4 + Т-клетки реактивируются АПК.

После реактивации, CD4 + Т-клетки выделяют провоспалительные цитокины, которые могут усиливать местное воспаление путем активации микроглии и астроцитов, индуцировать фагоцитоз миеллина и вызывать повышенную реактивацию CD 4+ клеток.

У большинства больных рассеянный склероз начинается в возрасте от 15 до 59 лет. Однако все чаще сообщают о случаях клинического начала у детей и в возрасте старше 60 лет. Среди больных преобладают женщины.

При рассеянном склерозе происходят нейropsychические изменения, ослабление памяти, поражается пирамидная система, мозжечок и его пути, белое вещество ствола мозга, нарушается чувствительность, функция тазовых органов.

### **ТЕОРИИ РАЗВИТИЯ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКИ**

**Сабирова Л.А., Семенова М.В.**

**Казанский государственный медицинский университет  
Научный руководитель – д.м.н., проф. Зубаирова Л.Д.**

Цель: анализ новых литературных данных о причинах и механизмах развития системной красной волчанки.

Системная красная волчанка (СКВ): хроническое аутоиммунное заболевание, вызванное образованием повреждающих антител к собственным клеткам и тканям. Для данного заболевания характерно поражение суставов, кожи, сосудов и различных органов.

Различают следующие теории развития СКВ: генетическая предрасположенность, гормональные нарушения, действие медикаментов, вирусные и бактериальные инфекции, нарушение иммунного ответа, нарушение апоптоза.

Болезнь развивается при наличии генетической предрасположенности, основные гены расположены в HLA регионе 6 хромосомы. Среди экзогенных факторов: ультрафиолетовое облучение, стрессы, токсины, инфекционные агенты и др.

Основную роль в патогенезе отводят нарушениям гуморального и клеточного иммунитета с потерей иммунологической толерантности к собственным антигенам; обнаруживаются антитела к нуклеосомам, Ro (рибонуклеопротеидные комплексы), La (РНК-связывающий белок), С1q. Выявлено нарушение удаления продуктов апоптоза при СКВ, что сопровождается выделением ядерных аутоантигенов, выработкой провоспалительных цитокинов, инициирующих потерю лимфоцитами толерантности и образование аутоантител.

Лечение СКВ направлено на снижение тяжести обострений и подавление ремиссий, а также на снижение уровня применяемых глюкокортикоидов. В настоящее время разработаны новые подходы к иммунотерапии, такие как моноклональные антитела против CD20, CD22, костимуляторных молекул. Синтезированы средства против выработки цитокинов, антител, пролиферации и дифференцировки Т- и В- лимфоцитов.

### **ПАТОГЕНЕЗ ФОРМИРОВАНИЯ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ**

**Резванов И. М.**

**Казанский государственный медицинский университет  
Научный руководитель – к.м.н., асс. Дунаев П. Д.**

Алкоголизм (хроническая алкогольная интоксикация, этилизм, алкогольная токсикомания) – заболевание, характеризующееся пристрастием к алкоголю (этиловому спирту), с психической и физической зависимостью от него. Алкоголизм представляет собой серьезную общественную проблему. На первом плане всегда находятся социально-экономические последствия этого состояния. С другой стороны, это медицинская проблема, поскольку до настоящего времени полностью не разрешены вопросы этиологии, патогенеза, диагностики и лечения алкоголизма.

В мире на протяжении всего XX столетия наблюдалась устойчивая тенденция к увеличению распространения алкоголизма. В России число больных в 2009 году составило 1523,3 на 100 тысяч населения.

Наличие генетических предпосылок к развитию алкоголизма не вызывает сомнений. Установлено, что у родственников больных алкоголизмом первой степени (имеющих 50% одинакового генетического материала) риск развития алкоголизма увеличен в 4 раза.

Продemonстрировано, что привыкание к алкоголю опосредовано его воздействием на головной мозг. Ключевым вопросом остается то, каким образом этанол вызывает изменение активности мозга на клеточном уровне, какие молекулы (липиды, белки, ионы, нейротрансмиттеры) являются причинами поведенческих реакций больного, таких как – расторможенность, отсутствие способности критически оценивать собственные возможности, снижение воли и концентрации внимания, замедление скорости реакции, глубокий седативный эффект (сон). Одним из звеньев воздействия этанола на нейромедиаторные системы мозга является опиоидная энкефалинергическая система – важнейшая тормозящая система мозга. Острое и хроническое воздействие этанола существенно изменяет количество, высвобождение и метаболизм нейропептидов – эндорфинов и энкефалинов.

Длительное злоупотребление алкоголем приводит к необратимым изменениям внутренних органов. У больных развиваются такие заболевания, как кардиомиопатия, гастрит, панкреатит, гепатит, нефропатия, энцефалопатия, нарушения иммунной системы. Понимание патогенеза развития алкогольной зависимости будет способствовать созданию новых стратегий терапии этого заболевания.

## **КЛЕТОЧНОЕ СТАРЕНИЕ И ЕГО РОЛЬ В НОРМЕ И ПАТОЛОГИИ**

**Габдрахманов И.И., Мамедова С.Н.**

**Казанский государственный медицинский университет**

**Научные руководители – к.м.н., асс. Галембикова А.Р., д.м.н., проф. Бойчук С.В.**

В 1961г. Леонардом Хейфликом и его коллегами на культуре фибробластов был открыт феномен старения клеток, опровергший теорию клеточного бессмертия и выявивший, что число делений, на которое способна клетка, ограничено и составляет примерно 50 (лимит Хейфлика). А.М. Оловников предположил, что существование лимита Хейфлика объясняется укорочением концевых участков хромосом (теломер) в каждом последующем клеточном цикле ввиду неспособности ДНК-полимеразы синтезировать копию ДНК с самого конца. Важнейшая роль теломерного комплекса заключается в стабилизации концов хромосом и защите их от возникновения хромосомных нарушений. Критическое укорочение теломер лишает клетку защиты генетического материала и в норме приводит к переходу клетки в состояние старения, это рассматривается в качестве одного из потенциальных барьеров на пути малигнизации.

В организме встречается 4 типа клеток, для которых не существует лимит Хейфлика: это зародышевые, стволовые, половые клетки и клетки опухолей. Причина их способности к бесконечной пролиферации – наличие фермента теломеразы, увеличивающего длину теломер и компенсирующей их недорепликацию. Однако, если в зародышевых, половых и стволовых клетках активность теломеразы является нормальным и необходимым условием их функционирования, то в опухолевых клетках она обычно является следствием мутаций (например, в онкосупрессоре p53).

Изучение процессов клеточного старения и их связи с рядом заболеваний представляет большой интерес. Разрабатываются препараты для терапии опухолевых заболеваний, инициирующие процесс старения путём ингибирования активности теломеразы. Однако исследования показывают, что активация клеточного старения на начальных этапах развития опухоли выступает не только в роли сдерживающего антиканцерогенного механизма, но и фактора выживания злокачественных клонов. Кроме того, установлено, что клетки в состоянии старения способны синтезировать ряд провоспалительных цитокинов, факторов роста, ингибиторов апоптоза, активаторов ангиогенеза и др. факторов, способствующих опухолевой прогрессии. Дальнейшее изучение процессов старения является важным с точки зрения понимания молекулярных механизмов антиканцерогенной защиты и канцерогенеза, а также поиска и создания новых групп противоопухолевых препаратов.

## **МИТОТИЧЕСКАЯ КАТАСТРОФА КАК ТИП ПРОГРАММИРОВАННОЙ КЛЕТОЧНОЙ ГИБЕЛИ**

**Галембикова А.Р.**

**Казанский государственный медицинский университет**

**Научный руководитель – д.м.н, проф. Бойчук С.В.**

Под митотической катастрофой принято понимать гибель клетки в результате грубых нарушений митоза. Ключевую роль в развитии этого процесса играют гены *chk1*, *chk2*, *atm*, *atr*, *p53*, *p21*. Суть механизма митотической катастрофы заключается в следующем: в процессе митоза клетка проходит так называемые контрольные точки (checkpoints), в которых происходит контроль и коррекция выполнения генетической программы деления. На контрольной точке перед G1 фазой определяется возможность клетки к дупликации ДНК и клеточному делению. Контрольная точка на переходе G2/M фазы определяет дальнейшую судьбу клетки в зависимости от корректности репликации ДНК. Прохождение контрольной точки на переходе метафазы в анафазу происходит при прикреплении хромосом к веретену деления. В случае выявления нарушения программы деления (или) повреждения ДНК в последнем случае включается программа самоликвидации клетки (т.е. апоптоза), предотвращающего передачу дефектного генетического материала дочерним клеткам.

Следовательно, нарушение процессов элиминации клеток с дефектным генетическим материалом может приводить к появлению генетически гетерогенных клеток, что подразумевает их возможное последующее озлокачествление. Недостаток генетического материала клетки может быть компенсирован с помощью эндорепродукции и полиплоидизации генома клетки. Одним из признаков нарушений процессов митотической катастрофы в злокачественных опухолях является образование в опухолях, подвергшихся интенсивной лучевой и химиотерапии, клеток «лучевых гигантов» (крупных многоядерных клеток).

В современной онкологии имеется ряд лекарственных препаратов, основной терапевтический эффект которых обусловлен гибелью опухолевых клеток по механизму запуска процессов катастрофы в митозе. Например, катастрофа в митозе может быть вызвана прямым ингибированием сборки микротрубочек веретена деления такими цитостатическими веществами, как колхицин, винбластин и винкристин, или чрезмерным образованием дефектных микротрубочек цитостатическими веществами относящимися таксанам. Данные нарушения процесса формирования клеточного веретена ведут к задержке клеток в G2 и M фазах клеточного цикла. В обоих случаях клетка самоликвидируется, т.к. любая задержка при клеточном делении воспринимается как проапоптотический сигнал.

## **ТОЧКИ ПРИЛОЖЕНИЯ ТАРГЕТНЫХ ПРЕПАРАТОВ**

**Сагидуллина Л.Р., Галембикова А.Р.**

**Казанский государственный медицинский университет**

**Научный руководитель – д.м.н., проф. кафедры Бойчук С.В.**

Таргетные препараты (от англ. "target"-цель/мишень) - новый класс лекарственных средств имеющих молекулярно-нацеленное действие.

По принципу действия таргетные препараты могут быть разделены на две основные группы: 1) нацеленные на пути передачи сигнала в опухолевой клетке и 2) нацеленные на уникальный фенотип опухолевой клетки. Последняя группа включает моноклональные антитела (МКА), распознающие и блокирующие специфические антигены на поверхности клеток. К таким препаратам относится ритуксимаб (МКА к антигену CD20 В-клеток), с успехом используемый в онкогематологии.

Основной принцип действия таргетных препаратов первой группы, т.е. блокирующих передачу сигнала, базируется на том, что в норме лиганды (гормоны, цитокины, факторы роста и др.) взаимодействуют с рецепторами клетки, а те передают сигнал к ядру, что определяет способность клетки к пролиферации, дифференцировке, апоптозу, адгезии, ангиогенезу. Таким образом, стратегия таргетной терапии может предполагать: блокаду циркулирующих лигандов (бевацизумаб — МКА к фактору роста эндотелия сосудов VEGF), и/или блокаду рецепторов. Рецепторы в свою очередь состоят из доменов — точек приложения некоторых таргетных препаратов: внеклеточный домен, который связывается с лигандом (трастузумаб — МКА к внеклеточному домену рецептора эпидермального фактора роста EGFR2) и внутриклеточный (тирозинкиназный) домен (гефитиниб — тирозинкиназный ингибитор (ТКИ) рецептора EGFR1), индукция которого служит ключевым моментом для активации биохимического пути передачи сигнала внутрь клетки. Дальнейшую внутриклеточную передачу сигнала к ядру блокируют мультитаргетные ингибиторы киназ — иматиниб, сунитиниб, причем последний препарат ингибирует рецепторы VEGF и тромбоцитарного фактора роста (PDGF), оказывая антиангиогенное действие, благодаря чему их обычно относят к антиангиогенным препаратам.

На сегодняшний день, таргетные препараты в большинстве случаев используются в качестве дополнения к стандартным схемам лечения. Поиск новых молекулярных мишеней злокачественных новообразований и создание новых таргетных препаратов являются одной из приоритетных задач современной онкологии, позволяющей рассчитывать на проведение селективной, и, следовательно, эффективной терапии больным злокачественными новообразованиями.

### **ПАТОФИЗИОЛОГИЯ ФИБРИНОЛИЗА, ЕГО РОЛЬ В ПАТОЛОГИИ**

**Зудина В.К.**

**Казанский государственный медицинский университет  
Научный руководитель — д.м.н., проф. Зубаирова Л.Д.**

Фибринолиз-процесс протеолитического расщепления фибрина, направленный на растворение тромба и восстановление нарушенного кровотока. Расщепление фибрина происходит под действием фермента плазмина, который образуется из своего предшественника плазминогена, в результате действия активаторов плазминогена.

Способностью активировать плазминоген обладают: сериновые протеазы, бактериальные белки стрептокиназа и стафилокиназа. На эффективность фибринолиза влияют также: плотность и толщина фибринового сгустка, размер пор, состав, площадь поверхности волокон, полнота поперечной сшивки. Фибринолиз может быть избыточным или недостаточным.

Гиперфибринолиз бывает: первичным, когда избыточная фибринолитическая активность развивается без признаков, либо с минимальными проявлениями гиперкоагуляции. Идет повышенное выделение в кровоток активаторов плазминогена, что наблюдается при промиелоцитарном лейкозе, меноррагиях, раке печени и предстательной железы.

Вторичный гиперфибринолиз это повышенная реакция фибринолитической системы на внутрисосудистое образование тромбина или отложение фибрина. Развивается в ответ на внутрисосудистую активацию свертывания крови и образование фибрина. Наблюдается при синдроме ДВС.

Синдром диссеминированного внутрисосудистого свертывания-полное нарушение гемостатического баланса, включая первичный гемостаз, коагуляцию и фибринолиз, с последовательной их активацией и истощением. Сначала происходит гиперфибринолитическая реакция, фибринолитическая система истощается и наступает гипофибринолиз, который усугубляется отложением фибрина. Характеризуется обширным отложением фибрина, вызывающим закупорку микрососудов, нарушением кровоснабжения, полиорганной недостаточностью, осложняет течение различных заболеваний.

Гипофибринолиз-уменьшение фибринолитической активности и связанные с этим тромботические состояния развивающиеся при сахарном диабете, ишемическом инсульте, ТЭЛА, преэклампсия.

Лечебный тромболитизис, или тромболитическая терапия- это растворение тромбов путем введения в кровоток экзогенных активаторов плазминогена. Наиболее широко тромболитическая терапия применяется при инфаркте миокарда и ишемическом инсульте. Многообещающим направлением профилактики тромбозов и тромболитической терапии является использование веществ, которые стимулируют выброс эндогенного активатора плазминогена.

### **МЕХАНИЗМЫ АЛЛЕРГИИ В ПОЛОСТИ РТА**

**Галембикова А.Р.**

**Казанский государственный медицинский университет  
Научные руководители — к.м.н., ст. преп. Галлямов Р.М., к.м.н., доц. Копылов А.Н.**

Используемые в стоматологической практике материалы неизбежно приводят к противоборству живых тканей и систем человеческого организма с чужеродными материалами. Эти материалы могут быть токсическими, аллергенными, канцерогенными, тератогенными.

Под влиянием сильного раздражителя ткани человеческого организма реагируют по принципу неспецифического воспаления, характеризующейся классическими симптомами: покраснением, опуханием, повышением температуры, болью. У лиц, пользующихся зубными протезами, эти признаки проявляются редко, однако под микроскопом практически каждое протезное поле имеет признаки "борьбы" с инородным телом.

Для зубных протезов в течение 30 лет применяются акриловые пластмассы, которые с токсикологической точки зрения не представляются опасными. Однако давно известно, что составные элементы стоматологических зуботехнических материалов могут вызывать стоматопатии у пациентов. Речь идет в таких случаях об аллергологическом риске. Сенсибилизации кожи, как правило, предшествует длительная контактная экзема неаллергического типа, которая переходит со временем в аллергический тип.

Применяемые для зубного протезирования сплавы золота из-за наличия примесей подвержены электрохимическому процессу - коррозии, интенсивность которой зависит от состава сплава и наличия в полости рта протезов из других металлов. В качестве аллергенов выступают окислы металлов (Au, Ag, Cu). Механизм возникновения аллергии может быть представлен следующим образом: ионы металлов, проникнув через слизистую оболочку полости рта, соединяются с тканевыми белками и из гаптенных, к которым они относились, превращаются в полноценные аллергены. Образующиеся соединения металлов с белками, таким образом, не только способны к реакции антиген—антитело, но и сами стимулируют выработку антител. Наиболее выраженными аллергенными свойствами обладают хром, никель, ртуть.

Сравнительные данные о частоте аллергического стоматита показывают, что на различные аллергены (металлы, акриловые пластмассы) организм отвечает одинаковой клинической картиной гиперергического воспаления и требует терапевтической коррекции, особенно у протезированных пациентов с бронхиальной астмой.

#### **ПРОТИВООПУХОЛЕВАЯ АКТИВНОСТЬ 4-ПИВАЛОИЛ-2-ПИРРОЛОНОВ IN VITRO**

**Галембикова А.Р.**

**Казанский государственный медицинский университет  
Научный руководитель – д.м.н., проф. – профессор кафедры Бойчук С.В.**

Цель исследования: скрининг 17 соединений, относящихся к 4-пивалоил-2-пирролонам, на предмет изучения их потенциальной противоопухолевой активности.

Методы исследования. В качестве объекта для исследования их активности были выбраны фибробласты человека линии BJ (контроль) и опухолевые клетки линии HeLa S3 (аденокарцинома шейки матки), U2OS (остеосаркома), H1299 (немелкоклеточный рак легкого), которые культивировали в культуральной среде DMEM (или RPMI-1640) с добавлением антибиотиков (пенициллин-стрептомицин), L-глутамин и 10% эмбриональной телячьей сыворотки. Была исследована активность 7 соединений, относящихся к классу 4-пивалоил-2-пирролонов. Клетки инкубировали с вышеуказанными соединениями в течение 72 часов. Соединения вносили в клеточные культуры после достижения ими 60-70% конфлюентности. Осуществляли подсчет общего количества клеток, клеток в фазе митоза и количеств жизнеспособных и погибших клеток. Анализ клеточного цикла и подсчет количеств митотических клеток проводили методом проточной цитометрии с помощью пропидия йодида и моноклональных антител (mAT) к гистону 3, соответственно. Апоптоз оценивали по количеству гиподиплоидных клеток (проточная цитометрия), а также методом иммуноблотинга по уровню экспрессии PARP и пр. Количество митотических клеток также оценивали методом иммунофлуоресцентной микроскопии с помощью вышеуказанных mAT и ядерного красителя DAPI.

Результаты исследования. В ходе проведения скрининга было выявлено соединение, обладающее способностью вызывать накопление клеток в фазе митоза и индуцировать их последующую гибель in vitro. Увеличение количества клеток в М-фазе под действием данного соединения не было связано с усилением пролиферативной активности клеток, а обусловлено нарушением выхода клеток из фазы митоза. Интересно, что эффект соединения был более выражен по отношению к опухолевым клеткам по сравнению с фибробластами человека. Проведение дальнейших исследований необходимо для изучения молекулярных механизмов действия данных соединений, относящихся к 4-пивалоил-2-пирролонам.

#### **ВЫДАЮЩИЕСЯ ВОСПИТАННИКИ КАЗАНСКОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ШКОЛЫ НА УКРАИНСКОЙ ЗЕМЛЕ. Н.А. ТРЖАСКА-ХРЖОНЦЕВСКИЙ**

**Зиновьев И.Э.**

**Харьковский национальный медицинский университет  
Научный руководитель – к.и.н., ст. преп. Демочко А.Л.**

Казанский медицинский университет за многолетнюю историю подготовил не одну плеяду научных деятелей в области медицины, которые работали на благо человеческого здоровья в разных странах. Одним из таких ученых был Никанор Адамович Тржаска-Хржонцевский, который много лет жил и работал на украинской земле.

После окончания университета в 1859 году и ряда заграничных командировок (1861-1864 гг.) Никанор Адамович по рекомендации Р. Вирхова и И. Пирогова начал работать в Харьковском университете сверхштатным ординатором. Здесь ученого по праву считают основателем кафедры гистологии (современное название – кафедра гистологии, эмбриологии и цитологии), которая на момент ее открытия (апрель 1867 года) была единственной в Украине. Именно он был первым заведующим этой кафедры и организовал дополнительно гистологическую лабораторию. Несмотря на столь малый период времени, который ученый пробыл в Харькове, ему удалось привлечь для работы на кафедре талантливых медиков, которые и продолжили дело Н.А. Хржонцевского. Сам он гордился достижениями своей гистологической школы, о чем поведал мировой общественности в своем научном отчете.

С 1869 года ученого приглашают работать в Киев в Университет Св. Владимира на кафедру общей патологии. Стоит отметить, что работа в Киеве была сопряжена с непониманием со стороны руководства университета тех задач, которые ставил перед собой ученый. После гистологической кафедры и лаборатории в Харькове Н.А. Хржонцевский получает в Киеве для работы всего лишь две штатные единицы – профессора (он сам) и лаборанта-уборщика. Несмотря на скудные перспективы, ученый не разочаровался и стал проводить эксперименты самостоятельно, привлекая лишь энтузиастов. К счастью, таковых оказалось достаточно – с Н. Хржонцевским активно сотрудничали не только студенты, но и молодые врачи. Научный потенциал Н. Хржонцевского позволяет уже в начале 70-х годов XIX столетия освоить новое направление в исследованиях – влияние нервов на физиологические процессы.

Гражданская позиция ученого, которую он проявлял в защиту демократически настроенного студенчества от властей, не позволила ему пойти на компромисс с собственной совестью. Профессора отстраняют от преподавания, а все попытки вернуться в сферу образования остались тщетными...

В истории медицины имя Н.А. Тржаска-Хржонцевского навсегда будет стоять одним из первых в области гистологии, патологии и физиологии.

#### **УРОВЕНЬ ЭНДОТЕЛИАЛЬНОГО ФАКТОРА РОСТА КАК ПОКАЗАТЕЛЬ ХАРАКТЕРА ТЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ**

**Павленко Д.В.**

**Новосибирский государственный медицинский университет  
Научный руководитель – д.м.н., проф. Пустоветова М.Г.**

Цель исследования: оценить взаимосвязь содержания эндотелиального фактора роста в сыворотке крови с тяжестью и характером течения хронической сердечной недостаточности у больных ишемической болезнью сердца.

Материалы и методы исследования: в исследование включено 94 больных ишемической болезнью сердца (57 мужчин и 37 женщин) в возрасте от 45 до 65 лет (средний возраст 57,3±6,7) с хронической сердечной недостаточностью 2-4 функционального класса. В группу контроля вошли 32 здоровых волонтера (средний возраст 54,2±4,3). Все пациенты были разделены на функциональные классы на 3 группы по классификации Нью-Йоркской ассоциации кардиологов.

Результаты: у больных хронической сердечной недостаточностью уровень эндотелиального фактора роста в сыворотке крови был достоверно выше, чем в группе контроля, а также возрастал по мере увеличения функционального класса хронической сердечной недостаточности.

Выводы: в результате нашего исследования установлено, что уровень эндотелиального фактора роста в сыворотке крови пациентов с хронической сердечной недостаточностью возрастал по мере прогрессирования заболевания.

Работа поддержана грантом президента Российской Федерации МД 3312.2014.7

## **ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ АНАТОМИЯ**

### **СТРУКТУРА ОПУХОЛЕВОЙ ПАТОЛОГИИ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА В РЕСПУБЛИКЕ ТАТАРСТАН**

**Романов Н.А., Тлегунова К.А.**

**Казанский государственный медицинский университет**

**Научные руководители – к.м.н., доц. Шакирова А.З., д.м.н., проф. Харин Г.М.**

Цель. Изучение частоты и структуру опухолевой патологии детского возраста в Республике Татарстан.

Материалы и методы. Проведён статистический и фактический анализ заключений по опухолевой патологии с использованием регистрационных журналов гистологического материала, поступившего на исследование в РКОД МЗ РТ из ДКРБ за период с 2011 по 2013 гг. Результаты. Исследован операционно-биопсийный материал 148 пациентов, среди них 92 мальчика (62%) и 56 девочек (38%) в возрасте от 4-х дней до 17 лет. Злокачественные новообразования составили 64,2%, доброкачественные - 27% и неопухолевая патология - 8,8%. Ведущими в общей структуре онкологической заболеваемости явились опухоли системы крови и нервной системы.

Выводы. Полученные данные позволили определить структуру опухолевой патологии детского возраста в РТ, сопоставить их с общероссийскими показателями, а также наметить пути для ранней и своевременной диагностики опухолей у детей и разработки других противораковых мероприятий.

### **СОВРЕМЕННЫЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ ОБ АДЕНОКАРЦИНОМАХ ЛЕГКОГО**

**Романов Н.А., Кузнецов М.С.**

**Казанский государственный медицинский университет.**

**Научный руководитель – к.м.н., доц. Шакирова А.З., д.м.н. проф. Харин Г.М.**

По данным многих отечественных и зарубежных исследователей в настоящее время все большую долю (15-50%) в структуре опухолевой патологии легких занимают аденокарциномы легкого. Однако, на сегодняшний день, имеется лишь небольшое количество работ, посвященных структуре этой патологии и частоте встречаемости различных морфологических подтипов аденокарцином легкого.

Цель исследования: изучить частоту, структуру и генетические особенности аденокарцином легкого в валовом операционном материале.

Материал и методы исследования: результаты гистологического исследования операционного материала легочной ткани, направленной для верификации патологического процесса в патологоанатомическое отделение РКОД МЗ РТ за 2011-2013 гг., результаты молекулярно-генетического исследования биопсийного и операционного материала от пациентов с гистологически подтвержденной аденокарциномой легкого, их анализ и статистическая обработка.

Нами были получены следующие результаты: в структуре опухолевой патологии легких различные варианты аденокарцином составили 32% (мужчины – 23,45%, женщины – 57,14%). Наибольшую долю в структуре аденокарцином легкого составляют следующие морфологические подтипы: папиллярная – 29%, ацинарная 21%, солидная – 10%, смешанная – 15%.

Выводы: в структуре опухолевой патологии легких в общей популяции занимает значимое место, уступая по частоте встречаемости плоскоклеточному раку легкого. У женщин аденокарцинома составляет большую часть опухолевой патологии легких. Высокая частота встречаемости аденокарцином легкого в общем массиве и, особенно, у женщин обуславливают необходимость исследования мутаций гена рецептора эпидермального фактора роста EGFRc для дальнейшей таргетной терапии.

### **РЕЗУЛЬТАТЫ ГИСТОГЕНЕТИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ ОПУХОЛЕЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА**

**Димитриева О.С.**

**Казанский государственный медицинский университет**

**Научный руководитель – д.м.н., проф. Петров С.В.**

Цель: изучить частоту встречаемости и структуру опухолей головного мозга в Приволжском федеральном округе за 2013 год. Материал и методы исследования: проведен анализ 113 результатов иммуногистохимической диагностики опухолей головного мозга в лаборатории иммуногистохимии Республиканского клинического онкодиспансера Министерства здравоохранения Республики Татарстан (из них 65 мужчин – 57,5% и 48 женщин – 42,5%). Материал получен из ряда городов Приволжского федерального округа. Результаты: опухоли головного мозга разделили на две большие группы: первичные и метастатические. Первичные опухоли состояли из нескольких основных групп, исходя из их гистогенеза: из нейроэпителиа, черепно-мозговых нервов, мозговых оболочек и лимфомы. Большую часть наблюдений составили нейроэпителиальные опухоли, происходящие из глиальных клеток (астроцитомы, олигодендроглиомы, эпендимомы), что составило 63,7%. На долю астроцитом пришлось 51,3%, из них пилоцитарные астроцитомы (I степень злокачественности по WHO) составили 2,7%; диффузные астроцитомы (II степень) – 15,0%; анапластические астроцитомы (III степень) – 13,3%; глиобластомы (IV степень по WHO) – 20,3%. На долю олигодендроглиом и эпендимом – 8,9% и 3,5% соответственно. Среди нейроэпителиальных опухолей встречались: примитивная нейроэктодермальная опухоль – 6,2%; смешанные нейро-глиальные опухоли – 1,8%. Опухоли черепно-мозговых нервов (шваннома) – 7,9%. Опухоли мозговых оболочек встречались в 10,6%, лимфомы – в 1,8%.

Метастатические опухоли составили 7,9% всех случаев. Самым частым метастазом в головной мозг являлся метастаз аденокарциномы легкого (4,4% случаев у мужчин). Заключение: наиболее частыми опухолями головного мозга являются нейроэпителиальные (71,7%), в основном, глиобластомы. Иммуногистохимия является адекватным методом гистогенетической диагностики опухолей головного мозга.

## **ROLE OF IMMUNOHISTOCHEMISTRY IN EVALUATION OF TERATOMAS**

**Nicole Clarke A.**

**Казанский государственный медицинский университет  
Научный руководитель – к.м.н., ст. преп. Ахметов Т.Р.**

Background: Teratomas – tumors consisting of 2 or more germ layers and derived from pluripotent cells. Mature teratomas consist of adult type structures such as glandular epithelium, skin, adipose tissue, bone and cartilage. Immature teratomas are similar to foetal tissue, and show features of neuroectodermal differentiation. As histological patterns may not always help to distinguish between “benign” and “malignant” teratomas, immunohistochemistry can be a useful tool for differential diagnosis.

Aim: to assess the role of immunohistochemistry in the diagnostics of teratomas.

Material and Methods. In 2007-2013 we retrospectively analyzed 12 cases of teratomas using routine histology and immunohistochemistry. We used the antibodies for cytokeratin-pan, cytokeratin-7, cytokeratin 20, CDX2, p63, vimentin, S100 protein, smooth muscle actin, TTF1, neuron-specific enolase, synaptophysin and Ki-67.

Results. Epithelial component was intensely positive for cytokeratin-pan, with positive reaction for cytokeratin 20 and CDX2 in areas with intestinal differentiation, positivity for p63 in squamous epithelium. Mesenchymal component was positive for vimentin with positivity for S100 protein in areas of cartilage and adipose differentiation, for actin in smooth muscle component.

Expression of TTF1 can be explained as a marker of differentiation into lung or thyroid tissue. Immature teratomas contained areas with positivity for neuron – specific enolase, synaptophysin, S100. Proliferation index (using Ki-67 labeling) was high in immature teratomas (60% and more).

Conclusion. As immunohistochemistry helps to reveal neuroectodermal component and proliferation in germ cell tumors it is a reliable method for differential diagnosis of mature and immature teratomas.

## **СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ МОЛЕКУЛЯРНОЙ МОРФОЛОГИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ РАКА ЛЕГКОГО**

**Семенова М.В., Сабирова Л.А.**

**Казанский государственный медицинский университет  
Научный руководитель – д.м.н., проф. кафедры Петров С.В.**

В России рак легкого занимает 1 место среди онкологических заболеваний. Самым частым гистологическим типом рака легкого является аденокарцинома. Успешное применение таргетной (направленной на молекулярную мишень) терапии при аденокарциноме легкого принципиально изменило требования к морфологической диагностике.

Цель: оценка результатов морфо-молекулярной диагностики 509 раков легкого (материал РКОД МЗ РТ).

Материалы и методы: на биопсийном материале проведена морфологическая диагностика новообразований легкого методом иммуногистохимии с использованием маркеров p63, ck7, TTF-1, напсин-А, синаптофизин, CD56 и ряда других высокоспецифичных антител. Также проведен анализ результатов морфологической диагностики с целью выявления наиболее чувствительных маркеров часто встречающихся опухолей лёгкого. В диагностике аденокарцином лёгкого (203 наблюдения) чувствительность цитокератина №7 составила 78%, маркера TTF-1 – 77%. Наиболее чувствительным маркером плоскоклеточного рака (78 случаев) оказался p63 (94%), а нейроэндокринных раков (130 наблюдений) – синаптофизин+CD56 (84%). Метастазов в лёгкое других опухолей было 24 случая, в то время как других неэпителиальных опухолей было 74 наблюдения.

Результаты: в 2012-13 гг 40% из всех случаев рака легкого составила аденокарцинома. Аденокарциномы лёгкого после их подтверждения исследовались методом ПЦР на наличие мутации гена EGFR.

Вывод: аденокарцинома – часто диагностируемая опухоль с большими перспективами на лечение. Для более качественного подбора типа таргетной терапии требуется мультидисциплинарная диагностика.

## **СОВРЕМЕННЫЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ ОБ АДЕНОКАРЦИНОМАХ ЛЕГКОГО**

**Романов Н.А., Кузнецов М.С.**

**Казанский государственный медицинский университет  
Научные руководители – к.м.н., доц. Шакирова А.З., д.м.н. проф. Харин Г.М.**

По данным многих отечественных и зарубежных исследователей в настоящее время все большую долю (15-50%) в структуре опухолевой патологии легких занимают аденокарциномы легкого. Однако, на сегодняшний день, имеется лишь небольшое количество работ, посвященных структуре этой патологии и частоте встречаемости различных морфологических подтипов аденокарцином легкого.

Цель исследования: изучить частоту, структуру и генетические особенности аденокарцином легкого в валовом операционном материале.

Материал и методы исследования: результаты гистологического исследования операционного материала легочной ткани, направленной для верификации патологического процесса в патологоанатомическое отделение РКОД МЗ РТ за 2011-2013 гг., результаты молекулярно-генетического исследования биопсийного и операционного материала от пациентов с гистологически подтвержденной аденокарциномой легкого, их анализ и статистическая обработка.

Нами были получены следующие результаты: в структуре опухолевой патологии легких различные варианты аденокарцином составили 32% (мужчины – 23,45%, женщины – 57,14%). Наибольшую долю в структуре аденокарцином легкого составляют следующие морфологические подтипы: папиллярная – 29%, ацинарная 21%, солидная – 10%, смешанная – 15%.

Выводы: в структуре опухолевой патологии легких в общей популяции занимает значимое место, уступая по частоте встречаемости плоскоклеточному раку легкого. У женщин аденокарцинома составляет большую часть опухолевой патологии легких. Высокая частота встречаемости аденокарцином легкого в общем массиве и, особенно, у женщин обуславливают необходимость исследования мутаций гена рецептора эпидермального фактора роста EGFR для дальнейшей таргетной терапии.



## **ГАСТРОИНТЕСТИНАЛЬНАЯ СТРОМАЛЬНАЯ ОПУХОЛЬ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА: МОРФОЛОГИЯ, ДИАГНОСТИКА, ЛЕЧЕНИЕ**

**Каримов А.Ф.**

**Казанский государственный медицинский университет  
Научный руководитель – д.м.н., проф. Петров С.В.**

Актуальность исследования: Гастроинтестинальные стромальные опухоли желудочно-кишечного тракта (GIST или ГИСТ) являются самыми частыми злокачественными новообразованиями желудочно-кишечного тракта мезенхимального происхождения.

Цель исследования: Оценка результатов клинических исследований иматиниба мезилата (Гливек®) у больных с GIST, а также изучение роли иматиниба в лечении GIST.

Материалы и методы: Проанализированы результаты молекулярно-биологических исследований операционного и биопсийного материала 102 гастроинтестинальных стромальных опухолей желудочно-кишечного тракта больных, лечившихся в 2011-2012г. в республиканском онкологическом диспансере, г. Казань. Показано, что большинство наших больных имели опухоли высокого риска рецидивирования. Проведена оценка действия иматиниба мезилата в лечении гастроинтестинальных стромальных опухолей.

Результаты: В Республике Татарстан пик заболеваемости отмечался в возрасте 50-79 лет, локализация ГИСТ – 70% в желудке, 30% в кишечнике соответственно.

По результатам исследований, проведенных в лаборатории иммуногистохимии РКОД МЗ РТ, г. Казань, экспрессия в опухоли диагностических белков была такова: CD117 – 94%, CD34 – 84%, белок S100 – 14%, десмин – 4%, виментин – 31%, калдесмон – 2%, α-актин – 20%, NSE – 6%, рап-актин – 11%, экспрессии ЭМА не отмечалось. Митотический индекс: в 46% был <5 в 50 полях зрения; в 48% случаев равен 5-10 в 50 полях зрения; в 6% наблюдений >10 в 50 ПЗБУ. В большинстве случаев (77%) экспрессия Ki-67 была низкой (от 0 до 10% клеток), в 17% наблюдений она была высокой (11-20% клеток) и в 6% случаев – от 21 до 30% клеток.

Выводы: До появления иматиниба (Гливек®) системные способы лечения были в основном неэффективны, и этот препарат значительно улучшил исходы терапии пациентов с распространенными формами GIST. Благодаря данной терапии медиана выживаемости увеличилась с менее чем 2 лет до 5 лет.

## **ЭКСПРЕССИЯ P2Y1-РЕЦЕПТОРОВ В КЛЕТКАХ ПЛОСКОКЛЕТОЧНОГО РАКА ШЕЙКИ МАТКИ**

**Мухамедьярова Г.К.**

**Казанский государственный медицинский университет  
Научные руководители – д.м.н., доц. Рагинов И.С., д.м.н., проф. Хасанов Р.Ш**

Обоснование. Каждый год во всем мире у 500 000 женщин диагностируют рак шейки матки и около половины погибают от этого заболевания. Поиск новых методов лечения является актуальной задачей экспериментальных и клинических онкологов. Эпителиальные клетки экспрессируют метаболитные P2Y1-рецепторы, которые участвуют в большинстве внутриклеточных процессов. Активация этих рецепторов в опухолях пищевода, толстой кишки и простаты индуцирует апоптоз клеток. Имеются обширные фактические свидетельства о том, что P2-пуринорецепторы могут представлять собой мишень для фармакологического воздействия.

Задача. Иммуногистохимически исследовать экспрессию P2Y1-рецепторов в клетках плоскоклеточного рака шейки матки человека.

Материалы и методы. Исследование проведено на материале, полученном от 12 больных плоскоклеточным раком шейки матки в возрасте 24-63 лет со IIb стадией заболевания. Все больные получали химиолучевую терапию с последующей радикальной гистерэктомией. Контролем служили гистологические препараты шейки матки без изменений, полученные при патологоанатомическом исследовании. Экспрессию P2Y1-рецепторов определяли иммуногистохимически при помощи соответствующих антител (Chemicon) и набора для визуализации ABC-kit (Santa Cruz).

Результаты. В контрольной группе все клетки плоского эпителия шейки матки имеют позитивную иммуногистохимическую реакцию с антителами к P2Y1-рецепторам. При плоскоклеточном раке шейки матки только единичные клетки, прилегающие к кровеносным капиллярам, а также эндотелиальные клетки, экспрессируют P2Y1-рецепторы.

Обсуждение. Одна из функций P2Y1-рецепторов в эпителиальных тканях — регулировать оксигенацию за счет влияния на сосуды в соединительной ткани. При активации P2Y1-рецепторов эпителиальная клетка секретирует молекулу NO, которая оказывает дилатирующее влияние на сосуды в подлежащих тканях. Обнаруженный нами факт, уменьшение экспрессии P2Y1-рецепторов в опухолевых клетках после химиолучевой терапии, свидетельствует о снижении способности раковых клеток влиять на поступление кислорода. В следствии этого развивается гипоксия опухолевой ткани, которая может являться ключевой причиной устойчивости опухолевых клеток к химиопрепаратам.

## **ПЕДИАТРИЯ**

### **ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ВЗАИМООТНОШЕНИЯ МЕЖДУ ИЛ-6 В МОКРОТЕ И ИММУНОЛОГИЧЕСКИМИ ПОКАЗАТЕЛЯМИ КРОВИ У ДЕТЕЙ С БРОНХИТАМИ**

**Лупальцова О.С.**

**Харьковский национальный медицинский университет  
Научный руководитель – д.м.н., проф. Сенаторова А.С.**

Введение. В последнее время одним из простых и неинвазивных методов определения ранних маркеров формирования хронического бронхолегочного воспалительного процесса является индукция мокроты с помощью серийного разведения натрия хлорида.

Целью исследования явилось усовершенствование диагностики и исходов бронхитов у детей на основании изучения показателей цитокинового профиля индуцированной мокроты.

Материалы и методы. Исследования проведены в пульмонологическом отделении КУОЗ «Областной детской клинической больницы» г. Харькова (Главный врач - доцент Муратов Г.Р.), на базе кафедры педиатрии №1 и неонатологии Харьковского национального медицинского университета (Зав. кафедрой педиатрии №1 и неонатологии - д.мед.н., профессор Сенаторова А.С.). Обследовано 38 детей с острым бронхитом (с рецидивирующим бронхообструктивным синдромом в анамнезе), средним возрастом  $6,6 \pm 2,3$  года, из них - 21(55±8%) мальчик и 17(44,7±8,1%) девочек. Определение уровня интерлейкина-6 (ИЛ-6) в мокроте проводили методом твердофазного иммуноферментного анализа с помощью стандартного набора реагент «ИЛ-6-ИФА-БЕСТ» (Россия).

Результаты и обсуждение. Тесные негативные корреляционные взаимосвязи между ИЛ-6 в мокроте и абсолютным количеством (CD22+) в целом по группе ( $r = -0,473$ ,  $p > 0,05$ ) и у детей возрастом от 6 до 14 лет ( $r = -0,551$ ,  $p > 0,05$ ) подтверждают участие этого цитокина в регуляции гуморального ответа и одновременно на фоне клеточной иммунодепрессии свидетельствуют о возможности развития хронической патологии. Умеренные позитивные корреляции между уровнями ИЛ-6 в мокроте и лимфоцитами CD4 в крови ( $r = 0,65$ ,  $p < 0,05$ ) у детей младшего возраста отображают адекватную активацию гуморального иммунитета. О линейной зависимости между ИЛ-6 и независимыми компонентами математической регрессионной модели (абсолютное количество лейкоцитов крови и лимфоцитов CD22) свидетельствует высокое значение коэффициента множественной корреляции  $R = 0,753$  ( $R^2 = 0,566$ ;  $F = 3,593$ ;  $p < 0,00817$ ).

Выводы. Полученные данные демонстрируют роль ИЛ-6 в регуляции гуморального иммунитета, при дисбалансе которого возможно развитие цитотоксических реакций.

## **ФАКТОРЫ РИСКА ХРОНИЧЕСКОЙ ВНУТРИУТРОБНОЙ ГИПОКСИИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА**

**Перфилова В.В.**

**Бухарский государственный медицинский институт  
Научный руководитель – к.м.н., доц. Кошанова Г.А.**

Внутриутробная гипоксия плода является одним из основных факторов, оказывающих влияние на постнатальную адаптацию ребенка и приводящая к нарушению вегетативной регуляции сердца и сосудов.

Целью работы было выявить основные факторы риска функциональных нарушений сердечно-сосудистой системы у детей.

Под наблюдением было 30 детей в возрасте от 1 года до 7 лет, находившихся на стационарном лечении. У всех детей было произведено тщательное изучение анамнестических данных, а также полное клиническое обследование с оценкой вегетативного тонуса. При изучении анамнестических данных выявлены основные факторы риска в развитии функциональных нарушений сердечно-сосудистой системы: угроза прерывания беременности (10%), перенесение респираторно-вирусных инфекций во время беременности (8%), внутриутробная гипоксия плода (80%). У детей 1-3 лет нарушения со стороны сердечно-сосудистой системы представлены в 80,8% случаев вазомоторной дисрегуляцией и кардиальным типом вегетативных нарушений 20,2%. У детей 4-7 лет доминирует в клинической картине кардиоваскулярный вариант вегетативных нарушений, представленный брадикардией и артериальной гипотонией. Полученные результаты подтверждают влияние внутриутробной гипоксии на нарушения сердечно-сосудистой системы функционального характера. Клинические и инструментальные проявления последствий внутриутробной гипоксии позволяют выделить детей в группу высокого риска по формированию сердечно-сосудистых заболеваний для осуществления индивидуального диспансерного наблюдения.

## **КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ТИРЕОМЕГАЛИИ У ДЕТЕЙ АКТЮБИНСКОЙ ОБЛАСТИ ПО ДАННЫМ УЗИ**

**Сивак И.Д., Гутарёв А.А.**

**Западно-Казахстанский государственный медицинский университет им. Марата Оспанова  
Научный руководитель – к.м.н., доц. Кудабаяева Х.И.**

Цель: изучение распространенности эндемического зоба, изучение струмогенных факторов влияющих на развитие эндемии в Актыбинской области и разработка организационных мероприятий, направленных на профилактику этого заболевания.

Методы исследования: в исследование были включены дети школьного возраста. УЗИ щитовидной железы проводилось в соответствии с общепринятыми рекомендациями, в положении лежа с запрокинутой головой. Использовался портативный ультразвуковой прибор с датчиком 7,5 МГц. Размеры щитовидной железы и стандартные нормативы (в мл) тиреоидного объема определялись в соответствии с рекомендациями ВОЗ (2001 г.).

На территории Актыбинской области обследованы 30 кластеров. Для кластерного анализа проведен выбор мест обследования с использованием выборки, пропорциональной генеральной совокупности (ПГС метод). Выбор школ внутри кластера проведен с использованием таблицы случайных чисел. В этих школах сплошным методом обследованы дети 3 - 4 классов, постоянно проживающие в данной местности.

Общее число обследованных – 2768 детей; мальчиков – 1366 (49,35%), девочек – 1402 (50,7%). Возраст детей составил  $9,1 \pm 1,24$  лет, рост –  $132,86 \pm 8,49$  см, вес –  $29,52 \pm 7,03$  кг.

Полученные результаты: при анализе полученных данных, выявлена высокая распространенность тиреомегалии у детей препубертатного возраста Актыбинской области  $34,65 \pm 0,90\%$ .

Ситуация по распространенности и степени выраженности йДЗ в разрезе районов/областной центр на момент исследования оказалась следующей: в городе Актобе частота тиреомегалии превышала районные показатели в 3 раза. В Актобе частота зоба составляет  $60,67 \pm 1,51\%$ , в районах –  $18,98 \pm 0,94\%$ .

Закключение: при сравнении данных областного центра и районов области выявлена статистически достоверная разница в частоте зоба ( $p < 0,01$ ;  $\chi^2 = 225,52$ ). Частота зоба в областном центре превышает среднеобластные показатели почти в 2 раза ( $60,67 \pm 1,51\%$  и  $34,65 \pm 0,90\%$  соответственно).

Для уточнения причин тиреомегалии проанализированы данные по нефтегазоносному району и в экологически благополучной зоне области. Анализ данных показал, что имеется большая разница между показателями этих районов. В нефтегазоносном районе области частота зоба у детей составила  $37,5 \pm 2,52\%$ , тогда как в относительно благополучной зоне она составила  $12,3 \pm 2,09\%$  ( $p < 0,001$ ;  $\chi^2 = 42,21$ ).

## **КЛИНИКО-ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ЭЛИМИНАЦИОННЫХ ДИЕТ В ЛЕЧЕНИИ ПИЩЕВОЙ АЛЛЕРГИИ У ДЕТЕЙ**

**Геллер С.И.**

**Бухарский государственный медицинский институт  
Научный руководитель – к.м.н., доц. Кощанова Г.А.**

Цель исследования. Определить клинико-прогностическое значение использования элиминационных диет в лечении пищевой аллергии у детей.

Нами были осмотрены 25 детей с диагнозом «пищевая аллергия, гастроинтестинальная форма» в возрасте от 0 до 5 лет, находящихся на стационарном лечении в отделении гастроэнтерологии РСНПМЦ педиатрии МЗРУз. Верификация диагноза проводилась с учетом анамнестических, клинических, лабораторных и инструментальных методов обследования, критериев ESPGAN. Ведущую роль в поражении желудочно-кишечного тракта у детей играли белки коровьего молока, куриные яйца. Данные продукты были исключены из рациона пациентов. Дети вскармливались гипоаллергенными смесями на основе козьего молока. Было установлено, что козье молоко лучше, чем коровье, переваривается и всасывается в желудочно-кишечном тракте младенцев. Блюда подавались в отварном, запеченном, тушеном виде. Для лучшего переваривания и расщепления пищевых аллергенов было увеличено число приемов пищи при одновременном уменьшении их разового объема. В питании детей использовались природные энтеросорбенты - пищевые волокна овощей и фруктов, отрубей. В ходе исследования было установлено, что применение данной диеты дает положительный результат уже через 3-4 дня. Так, у 85% детей отмечалось улучшение общего состояния, нормализация стула, исчезновение остальных симптомов. А у 15% больных выраженной положительной динамики не наблюдалось, что может быть связано с недостаточным соблюдением диеты или наличием сопутствующих заболеваний. Таким образом, одним из основных методов лечения пищевой аллергии является строгое соблюдение элиминационной диеты.

## **ФАКТОРЫ РИСКА ФОРМИРОВАНИЯ АЛЛЕРГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ГОРОДСКИХ И СЕЛЬСКИХ ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА**

**Щинова М.Ю., Бурова М.С.**

**Ижевская государственная медицинская академия  
Научный руководитель – д.м.н., проф. Пенкина Н.И.**

Целью исследования явилось изучение причин развития аллергических заболеваний у детей дошкольного возраста, проживающих в городе и селе.

Материалы и методы: проведено анкетирование родителей 86 детей в возрасте от 4 до 7 лет, посещающих дошкольные учреждения в городе и сельской местности. Анкета включала вопросы, касающиеся здоровья матерей и детей, особенностей вскармливания. В I группу отнесены дети, с аллергическими заболеваниями (n=39), II группу составили 47 детей I-II групп здоровья без аллергических заболеваний.

По результатам анкетирования аллергические заболевания выявлены у 45,3% детей, с одинаковой частотой в городе и селе. В квартирах детей I группы животных содержали чаще ( $p<0,05$ ). Неблагоприятные производственные факторы, курение, отягощенная наследственность по аллергическим заболеваниям были высокими у родителей I группы. Более половины детей обеих групп получали на первом году жизни грудное молоко. В качестве заменителей грудного молока при искусственном вскармливании у большей части детей обеих групп использовали адаптированные смеси (83,4%), редко – гипоаллергенные (5,5%). Двое сельских детей I группы получали коровье молоко. Более 1/3 детей первым прикормом введен фруктовый сок и пюре, ранее рекомендованных сроков. Дети I группы получали свекольный, тыквенный, виноградный, морковный соки. Детям I группы чаще, чем II, ранее рекомендованных сроков вводили такие продукты как творог, яичный желток, хлеб, рыбу. Частота раннего введения указанных прикормов была выше у сельских детей I группы. Родители детей I группы отдавали предпочтение мясу курицы. В структуре аллергических заболеваний у детей I группы преобладали атопический дерматит (73,4%) и пищевая аллергия (66,6%). Таким образом, у детей в дошкольном возрасте высокий показатель аллергических заболеваний, в I группе достоверно выше наследственная отягощенность, профессиональные вредности, курение родителей, неадекватный выбор заменителей грудного молока при искусственном вскармливании, раннее введение прикормов с высокой алергизирующей способностью.

## **ОСОБЕННОСТИ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ, АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ У ДЕТЕЙ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ**

**Катаева Е. А., Бекешкина О. П.,**

**Ижевская государственная медицинская академия  
Научный руководитель – д.м.н., проф. Пенкина Н. И.**

Целью исследования явилось изучение особенностей заболеваемости, антибактериальной терапии у детей с бронхиальной астмой.

Методы исследования: проведен анализ 40 историй развития ребенка в детской поликлинике г. Ижевска, из них I группу, наблюдения, составили 20 детей с диагнозом бронхиальная астма, II, сравнения, 20 детей 1–2 групп здоровья без аллергических заболеваний.

У детей I первой группы преобладала средняя степень тяжести бронхиальной астмы (65%), по сравнению с легкой (20%) и тяжелой (15%). Диагноз бронхиальной астмы 70% детей установлен в возрасте до 7 лет. У всех детей I группы в период новорожденности регистрировались заболевания ( $p<0,05$ ). Антибиотики в этот период были назначены только детям первой группы (25% и 0%,  $p<0,05$ ). Среднее количество перенесенных ОРВИ в первые 3 года жизни было выше у детей II группы (8,9 и 9,7), а в возрасте 4-7 лет (9,2 и 5,0) и 8-12 лет (7,9 и 3,4) – первой. Большей части детей I (89%) и II (90%) групп во все возрастные периоды лечение ОРВИ проводилось без антибиотиков. Препаратами выбора при ОРВИ были пенициллины (75%). Средняя частота бронхитов во все возрастные периоды выше у детей с бронхиальной астмой. У половины детей I группы бронхит протекал с обструктивным синдромом. При лечении бронхита у детей до 3-х лет антибактериальная терапия назначалась чаще в группе сравнения, а в возрасте 4-7 лет и 8-12 лет – наблюдения. У детей обеих групп до 3-х лет при лечении бронхита использовали чаще пенициллины, с 4 до 7 лет в I группе – макролиды, во II – цефалоспорины I поколения. В лечении бронхита в возрастной группе 8-12 лет антибиотики назначали только пациентам I группы (макролиды - 33%, цефалоспорины III поколения - 33%). Пневмонии регистрировались в обеих группах в возрасте с 4 до 7 лет (26% и 5%). При лечении пневмонии использовали, преимущественно, цефалоспорины III поколения. Таким образом, у детей с бронхиальной астмой высокие показатели ОРВИ, пневмоний, бронхитов, протекающих с обструктивным синдромом, использования антибактериальной терапии.

## **ОСОБЕННОСТИ НЕОНАТАЛЬНОГО ПЕРИОДА ДЕТЕЙ, РОДИВШИХСЯ С НИЗКОЙ МАССОЙ ТЕЛА**

**Рустянова Д. Р.**  
**Самарский государственный медицинский университет**  
**Научный руководитель – д.м.н., доц. Жирнов В. А.**

С внедрением в медицину новых технологий по выхаживанию недоношенных и маловесных детей актуальны вопросы, посвященные факторам риска и выявлению степени их влияния на развитие и тяжесть течения хронической патологии органов дыхания, особенно у детей перенесших синдромы респираторных расстройств в раннем неонатальном периоде. Именно синдром дыхательных расстройств остается наиболее частой причиной перинатальной заболеваемости и смертности.

Целью настоящего исследования явился анализ особенностей течения неонатального периода новорожденных, родившихся с низкой массой тела с синдромом дыхательных расстройств.

Нами проведен ретроспективный анализ 22 историй болезни детей с диагнозом «Респираторный дистресс-синдром», пролеченных в отделении выхаживания недоношенных детей и отделения реабилитации новорожденных Самарской городской детской клинической больницы №1 им. Н.Н. Ивановой в 2013 году. Всем детям при рождении проводились реанимационные мероприятия, в том числе искусственная вентиляция легких, которая у 38% детей проводилась с первых минут жизни, а в 62% – с первых суток жизни. У 16 детей респираторный дистресс-синдром был тяжелой формы, у 6 детей средней тяжести. Было диагностировано постгипоксическое поражение центральной нервной системы (100%), внутриутробная гипотрофия у 11,4% детей. Проявления анемии - 54,3% случаев, ретинопатия недоношенных-14,3%. Отмечены ателектазы легких у 85,7% новорожденных, бронхолегочная дисплазия в 11 случаях, пневмоторакс у 3 пациентов, пневмония в 6 случаях, поражение желудочно-кишечного тракта у 2 недоношенных, крайняя незрелость органов и систем у 3 детей. Важно отметить, что у половины новорожденных был выставлен диагноз - внутриутробное инфицирование плода. У 27,4% глубоко недоношенных детей признаки дыхательной недостаточности сохранялись до 4 месяцев жизни. В этой группе так же отмечалась высокая частота рецидивов бронхообструктивного синдрома.

Таким образом, дети, перенесшие респираторный дистресс-синдром с применением продленной аппаратной искусственной вентиляции легких в раннем неонатальном периоде, составляют группу высокого риска по развитию хронических заболеваний органов дыхания.

## **НЕВРОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС ДЕТЕЙ С ЗАДЕРЖКОЙ ВНУТРИУТРОБНОГО РАЗВИТИЯ**

**Юдицкий А.Д.**  
**Ижевская государственная медицинская академия**  
**Научный руководитель – к.м.н., доц. Петрова И.Н.**

Введение. Здоровье детей с задержкой внутриутробного развития (ЗВУР) является актуальной проблемой современной педиатрии. Целью работы явилась оценка динамики неврологического статуса у детей с различными вариантами ЗВУР.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ 45 историй болезни доношенных новорожденных детей, проходивших лечение в отделении патологии новорожденных БУЗ УР РДКБ МЗ УР за период с 2011 по 2013 годы. Дети были разделены на две группы: группа наблюдения (30 человек) – дети со ЗВУР, и группа сравнения (15 человек) – дети, не имеющие ЗВУР. Оценивался неврологический статус детей при первом неврологическом осмотре и в возрасте 1 месяц. Достоверность различий вычисляли для качественных показателей методом хи-квадрат при  $p < 0,05$ .

Результаты и их обсуждение. Распределение детей по группам: контрольная группа составила (15 детей) – 33%, гипотрофический вариант ЗВУР (18 детей) – 40%, гипопластический вариант ЗВУР (12 детей) – 27%.

Неврологический статус у детей контрольной группы характеризовался низкой степенью отягощенности: 11,1% детей имели гипертонзионный синдром, 11,1% - синдром гипервозбудимости. В возрасте 1 месяц данное соотношение сохранялось. Неврологический статус детей с гипотрофическим вариантом ЗВУР отличался большим разнообразием патологических синдромов: 8,33% новорожденных имели гипертонзионный синдром, 16,67% – синдром гипервозбудимости, 66,67% - синдром угнетения, и лишь 8,33% - не имели неврологической патологии. К возрасту 1 месяц доля синдрома гипервозбудимости достоверно возросла до 22,2% ( $p < 0,05$ ), а синдрома угнетения снизилась до 55,56% ( $p < 0,05$ ). У новорожденных с гипопластическим вариантом ЗВУР в неврологическом статусе преобладал синдром угнетения – 71,43%, синдром гипервозбудимости составлял 14,29%, а гипертонзионный синдром - 14,29%. К 1 месяцу отмечалось достоверное снижение доли синдрома угнетения до 37,5%, увеличение доли синдрома гипервозбудимости до 37,5%, и повышение доли гипертонзионного синдрома до 25% ( $p < 0,01$ ) (рис. 2, 3).

Выводы. Таким образом, более выраженные и стойкие изменения наблюдаются при гипопластическом варианте ЗВУР, при гипотрофическом варианте ЗВУР изменения носят транзиторный характер и к возрасту 1 месяц у большинства детей отмечается положительная динамика неврологической симптоматики.

## **ОСОБЕННОСТИ ПАТОЛОГИИ КИШЕЧНИКА У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ**

**Логина А.И.**  
**Ижевская государственная медицинская академия**  
**Научный руководитель – д.м.н., проф. Пенкина Н.И.**

Целью исследования явилось изучение особенностей патологии желудочно-кишечного тракта у новорожденных детей в зависимости от срока гестации. В задачи исследования входило изучение течения беременности у матерей, клинико-лабораторных проявлений, патологии кишечника у новорожденных. Проведен анализ медицинских карт стационарного больного, детей, госпитализированных в отделение патологии новорожденных и недоношенных детей Республиканской детской клинической больницы. В I группу, наблюдения, вошли 22 доношенных новорожденных ребенка, во II, сравнения – 32 недоношенных. Анализ показал, что у недоношенных, с различными формами патологии желудочно-кишечного тракта, преобладал энтероколит (78%). У 50% детей этой группы энтероколит был одним из септических очагов. В этой группе реже диагностированы врожденные пороки развития желудочно-кишечного тракта (13,0%) и язвенно-некротический энтероколит (9,0%). В группе доношенных новорожденных детей, также основной патологией явился энтероколит (68,0%). Вместе с тем, он протекал не на фоне сепсиса. У доношенных детей диагностировались реже, по сравнению с энтероколитом, язвенно-некротический энтероколит, врожденные пороки развития желудочно-кишечного тракта, синдром мальабсорбции. Беременность у матерей обеих групп имела осложненное течение, преобладали угроза прерывания беременности, перинатально-значимые инфекции, анемия. В I группе у 18% зарегистрирована задержка внутриутробного развития III

степени, 59,4% детей II группы имели низкую массу тела. В гемограмме детей обеих групп наблюдался лейкоцитоз, анемия и сдвиг лейкоцитарной формулы. В бактериологических исследованиях кала у детей обеих групп чаще выделялись *Enterobacter* и *Enterococcus*. Оперативное лечение проведено по поводу пороков развития в I группе у 18,8% детей, во II – у 13,6%. Все пациенты получали антибактериальную терапию. У всех детей достигнуто выздоровление. Таким образом, в структуре патологии желудочно-кишечного тракта у новорожденных детей преобладают энтероколиты, протекающие у половины недоношенных на фоне сепсиса.

## **ОСОБЕННОСТИ ПОРАЖЕНИЯ ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ У ДЕТЕЙ С АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ**

**Суворова Л.В., Королева Н.В.**  
**Ижевская государственная медицинская академия**  
**Научный руководитель – д.м.н., проф. Пенкина Н.И.**

Целью работы явилось изучение особенностей поражения органов пищеварения у детей с атопическим дерматитом. Материалы и методы: обследовано 50 детей в возрасте от 3 до 18 лет, госпитализированных в гастроэнтерологическое отделение, из них I группу составили 25 пациентов с атопическим дерматитом, II группу – 25 детей без атопического дерматита. Всем детям проведены фиброгастродуоденоскопия, ультразвуковое исследование органов брюшной полости, внутрижелудочная pH-метрия. У 36% детей выявили распространенную форму атопического дерматита, у 64% – локализованную. В периоде обострения атопического дерматита поступили в отделение 32% пациентов, неполной ремиссии – 60%. Непрерывное рецидивирующее течение имели 8% детей. Легкое течение атопического дерматита отмечено у 56% детей, средней степени тяжести – у 32%, тяжелое – у 12%. Жалобы на боли в животе предъявляли 92% детей с атопическим дерматитом. В I группе пациентов у 96% отмечалась рвота, у 24% – изжога. Нарушение стула у большинства детей в обеих группах характеризовались склонностью к запорам. По данным фиброгастродуоденоскопии выявлено, что у детей первой группы чаще регистрировался катаральный гастрит (60%), реже – эрозивный (20%). У детей II группы гастрит диагностировался редко (4%), преобладали гастродуодениты (96%), из них, эритематозные составили 60%. По данным ультразвукового исследования органов брюшной полости у детей с атопическим дерматитом чаще, чем во II группе, регистрировали дискинезию желчевыводящих путей (32% и 24%), реактивные изменения поджелудочной железы (44% и 8%,  $p < 0,01$ ). По данным pH-метрии установлено преобладание гиперацидного типа секреции у детей с атопическим дерматитом (75% и 36%,  $p < 0,01$ ). Во II группе у детей преобладала нормацидность (25% и 60%). Эозинофилия наблюдалась у 56% детей I группы и 12% – во II ( $p < 0,01$ ). Таким образом, в структуре поражения органов пищеварения у детей с атопическим дерматитом преобладают катаральные гастриты, с повышенной кислотообразующей функцией, дискинезии желчевыводящих путей и реактивные изменения поджелудочной железы.

## **АНТЕНАТАЛЬНАЯ ПРОФИЛАКТИКА СДР И ИСХОДЫ ВЫХАЖИВАНИЯ НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ С ОНМТ И ЭНМТ ПРИ РОЖДЕНИИ**

**Мусиенко К.О., Сиразутдинова Г.Р.**  
**Казанский государственный медицинский университет**  
**Научный руководитель – к.м.н., доц. Габитова Н.Х.**

Цель работы: Определить охват антенатальной профилактики СДР беременных при угрозе преждевременных родов и оценить исходы у недоношенных новорожденных детей с ОНМТ и ЭНМТ.

Метод исследования: Проведен ретроспективный анализ 45 историй развития недоношенных новорожденных с ОНМТ и ЭНМТ и их матерей.

Результаты: Анализ анамнестических данных матерей показал, что антенатальная профилактика СДР была проведена у 57,13% женщин при этом полный курс дексаметазона (24 мг) получили 21,05% женщин, 36,8% – было одно или двукратное введение, а у 46,1% женщин – профилактика СДР не проводилась. В соответствии с этим, все новорожденные были поделены на 3 группы. I группу составили 10 новорожденных массой тела  $933,3 \pm 181,8$  г. от матерей с полным курсом профилактики СДР; 2-ю группу – 16 детей, массой  $870,1 \pm 213,4$  г. с частично проведенной профилактикой и 3-ю группу – 19 детей массой  $904,5 \pm 231,6$  г. без профилактики СДР. Тяжесть респираторных нарушений коррелировала с длительностью и тяжестью перенесенной антенатальной гипоксии. Все новорожденные нуждались в респираторной поддержке ИВЛ и введении сурфактанта после рождения. Среди детей I группы тяжелый СДР регистрировался в 77,7% случаев, во 2-й группе – в 81,25%, в 3-й группе – в 88,8%. Необходимость в повторном введении сурфактанта в I группе отмечалась у 37,5% детей, во 2 группе – 61,5%, при этом 1 (6,25%) ребенок получил его трехкратно. Среди детей 3-ей группы двукратное введение сурфактанта было у 68,75% детей, трехкратное – у 10,5% (2). Основными осложнениями раннего неонатального периода детей I группы были гипоксически-ишемические повреждения ЦНС средней тяжести 57,14% и ВЖК 1-2 степени (44,4%), в то время как среди детей 2 и 3 групп преобладали ВЖК 2-4 степени и тяжелые гипоксически-ишемические повреждения ЦНС в 43,75% и 38,8% случаев соответственно ( $p < 0,5$ ). Тяжелая церебральная ишемия отмечалась у 1/3 детей 3-ей группы.

Заключение: Антенатальная профилактика СДР уменьшает необходимость в повторных введениях сурфактанта и уменьшает частоту тяжелых неврологических осложнений.

## **ДЕТСКАЯ ИНВАЛИДНОСТЬ КАК РЕАЛЬНАЯ ПРОБЛЕМА СОВРЕМЕННОСТИ**

**Гилязова Д.М.**  
**Казанский государственный медицинский университет**  
**Научный руководитель – к.м.н., доц. Соловьева Н.А.**

Детская и подростковая инвалидность с каждым годом приобретает все большее медицинское, социально-экономическое, правовое, нравственное и духовное значение. Показатель инвалидности, наряду с такими показателями, как рождаемость, смертность и заболеваемость, отражает уровень и качество здоровья популяции. Ощутимый рост инвалидности детей происходит на фоне реального ухудшения состояния их здоровья, увеличения частоты хронических болезней, врожденной и наследственной патологии. Распространенность инвалидности среди детей по мере их взросления становится выше.

Из 246 детей-инвалидов, закрепленных за 9 детской поликлиникой г. Казани 154 ребенка (62,6%) имеет врожденные патологии и 92 ребенка (37,4%) приобретенные пороки. Исходя из анкетных данных, которые были собраны по 42 детям-инвалидам (17% от общего числа наблюдаемых) выяснилось, что 27 из них мальчики (64,28%), 15 – девочки (35,72%); до 4 лет – 3 ребенка (7,14%), 5-9 лет – 9 (21,42%), 10-14 лет – 19 (45,24%), 15-18 лет – 11 (26,19%). Возраст матерей – 20-29 лет – 12 (28,57%), 30-39 лет – 28 (66,66%), 40-49 лет – 2 (4,76%), первая беременность которых наблюдалась в 28 случаях (66,81%),

вторая – 6 (14,28%), третья – 7% (16,66%), четвертая – 1 (2,38%). Дети-инвалиды от 1 родов – 34 случая (80,95%), от 2 родов – 7 (16,66%), от 3 – 1 (2,38%).

Дети – инвалиды обращаются за медицинской помощью 2-2,5 раза чаще, чем их сверстники, не имеющие статуса инвалида. Четыре и более раз в год болеют 60% детей с ограниченными возможностями и лишь 20% детей без статуса «инвалид». Среди факторов, влияющих на возникновение инвалидности в детском возрасте, выделяют медико-биологические, социально-психологические, экономико-правовые. В структуре причин высокий удельный вес занимают наследственная отягощенность, алкоголизм и высокий уровень заболеваемости родителей, особенно матерей. В 60-70% случаев причины связаны с патологическим течением беременности и родов. Недоношенность повышает риск развития нарушений со стороны нервной системы, органов зрения и слуха, задержки умственного развития, эпилепсии.

По мнению экспертов ВОЗ, заболеваемость, как и смертность, среди детей с ограниченными возможностями намного выше, чем среди здоровых, что свидетельствует о серьезной социально-гигиенической значимости проблемы.

## **МУКОПОЛИСАХАРИДОЗ 1 ТИПА. ВЫЯВЛЕНИЕ РАННИХ СПЕЦИФИЧНЫХ ПРИЗНАКОВ БОЛЕЗНИ**

**Пиркова О.Г.**

**Казанский государственный медицинский университет  
Научный руководитель – к.м.н., доц. Осипова Н.В.**

Введение. Мукополисахаридозы – группа наследственных болезней соединительной ткани, обусловленных нарушением обмена гликозаминогликанов (кислых мукополисахаридов) в результате генетически обусловленной неполноценности ферментов, участвующих в их расщеплении.

В настоящее время известно более 40 болезней накопления, среди которых МПСХ занимают одно из первых мест. Встречается с популяционной частотой 1:40 000 – 1:100 000 новорожденных. Известно 7 типов болезни, среди них мукополисахаридоз 1 типа – один из наиболее часто встречаемых (1:40 000-1:500 000). Наследование – аутосомно-рецессивное. Локализация гена 4p16.3. Патогенетические особенности: снижение активности лизосомального фермента α-L-идуронидазы. Дефицит идуронидазы приводит к аккумуляции гепарансульфата и дерматансульфата. Выделяют три фенотипа болезни: синдром Гурлера, синдром Шейе и Гурлера-Шейе. Основные симптомы заболевания: грубые черты лица, умственная отсталость, помутнение роговицы, скелетная дисплазия. Летальный исход до 10-летнего возраста. Для 1 типа мукополисахаридоза существует ферменто-заместительная терапия, вовремя начатое лечение позволяет улучшить качество жизни больных и предотвратить развитие тяжелых осложнений.

Цель исследования. Выявить наиболее ранние специфичные признаки мукополисахаридоза 1 типа.

Материалы и методы. Изучено 4 истории болезни пациентов с мукополисахаридозом (3 – мукополисахаридоз 1 типа, 1 – генетически не установленный тип).

Результаты. Наиболее характерными признаками мукополисахаридоза 1 типа являются: грубые черты лица, пупочные грыжи, помутнение роговицы, мегалоцефалия, отставание в психомоторном развитии, тугоподвижность, контрактуры суставов, сердечно-сосудистые нарушения, отягощенный акушерский анамнез. Самые ранние из них: ОАА, низкая масса тела при рождении, отставание в психомоторном развитии, сердечно-сосудистые нарушения (врожденные пороки сердца), мегалоцефалия. пупочная грыжа, врожденная гидроцефалия.

## **НАСЛЕДСТВЕННЫЙ НЕФРИТ КАК ПРОЯВЛЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ПОЧЕК**

**Вараксина Е.А.**

**Казанский государственный медицинский университет  
Научный руководитель – д.м.н., проф. Макарова Т.П.**

Наследственный нефрит составляет 10-14% в структуре наследственных болезней почек, протекает с синдромом гематурии и прогрессирующим снижением функции почек, что нередко приводит к хронической болезни почек V стадии. Около 3% случаев хронической почечной недостаточности у детей связаны с данным заболеванием, у 2,3% случаев трансплантацию почек проводят пациентам с синдромом Альпорта.

Цель: изучение частоты, структуры, клинических особенностей наследственного нефрита у детей по данным ретроспективного анализа историй болезни пациентов нефрологического отделения ДРКБ МЗ РТ с 2000 по 2012 год.

Результаты: за данный период на стационарном лечении находилось 59 детей с диагнозом наследственный нефрит, который представлен тремя вариантами: наследственный нефрит с тугоухостью - синдром Альпорта - 7 детей (11,8%), наследственный нефрит без тугоухости – 32 (54,2%), семейная доброкачественная гематурия – 20 (33,9%) детей.

Дебют мочевого синдрома в виде изолированной эритроцитурии - 47 детей (79,6%), в виде эритроцитурии и протеинурии - 5 детей (8,5%), эритроцитурии и кристаллурии, или лейкоцитурии - 7 детей (11,9%).

Время появления мочевого синдрома: с месяца - 7 детей, с 1 года - 14 детей, с 2 лет - 17 детей, 3-6 лет - 16 детей, старше 6 лет - 5 детей.

Время постановки диагноза после появления мочевого синдрома: первая госпитализация - 7 детей, через 1 год - 23, через 4-6 лет - 10, через 7 и более лет - 19 детей.

Нарушение функции почек отмечено у 30 детей (50,6%), из них нарушение функции почек по гломерулярному типу у 6 (10%) и по тубулярному типу у 24 (40,6%) детей, у 29 детей (49,4%) нарушение функции почек не выявлено.

Распределение хронической болезни почек по стадиям: I - 45 детей, II - 10, III - 3 ребёнка, IV и V по одному ребёнку.

Выводы: При наследственном нефрите мочевого синдром дебютирует в среднем в возрасте 2-х лет. Синдром гематурии требует исключения наследственного нефрита. Самый распространённый вариант - наследственный нефрит без тугоухости, самый тяжёлый вариант - синдром Альпорта. При наследственном нефрите необходимо раннее назначение нефропротективной терапии.

## **ПРИОБРЕТЕННЫЕ АПЛАСТИЧЕСКИЕ АНЕМИИ У ДЕТЕЙ**

**Симонова Е.Э., Кузнецов М.С.**

**Казанский государственный медицинский университет  
Научный руководитель – к.м.н., доц. Черезова И.Н.**

Приобретенная апластическая анемия (ПАА) – заболевание, основными признаками которого является депрессия костномозгового кроветворения и периферическая панцитопения.

Девочка, 12 лет поступила на обследование в онкогематологическое отделение ДРКБ г. Казань 18.06.2012 с направительным диагнозом "Острый лейкоз".

Анамнез заболевания: Первые признаки заболевания в виде слабости, повышенной утомляемости, бледности кожи и мелкоточечной сыпи по всему телу появились в начале июня 2012г. ОАК: Hb: 45 г/л; Eг:  $1,3 \cdot 10^{12}/л$ ; Rt: 1,5%; Ht: 13%; Plt:  $25 \cdot 10^9/л$ ; Leu:  $2,9 \cdot 10^9/л$ . СОЭ 70 мм/ч. Лейкоформула: п 2%; с 20%; э 1%; л 5%; м 5%; бласты 67%.

При поступлении состояние тяжелое, за счет анемического, геморрагического, интоксикационного синдромов. Кожные покровы бледные, петехиальная сыпь по всему телу. Слизистые чистые. Лимфатические узлы не увеличены. Печень, селезенка не увеличены. В результате проведенных исследований: RBC –  $2,29 \cdot 10^{12}/л$ ; HGB – 76 г/л (после 100,0мл Eг-массы); PLT –  $27 \cdot 10^9/л$ ; WBC –  $2,39 \cdot 10^9/л$ ; СОЭ – 52 мм/ч; Neut –  $0,51 \cdot 10^9/л$ ; Lymph –  $1,74 \cdot 10^9/л$ ; Mono –  $0,14 \cdot 10^9/л$ . Миелограмма: бласты – 1,0%; промиелоциты – 0,5%; миелоциты – 8,5%; метамиелоциты – 4,5%; п/я нейтрофилы – 7,0%; с/я нейтрофилы – 9,5%; с/я эозинофилы – 0,5%; базофильные нормобласты – 2,0%; полихроматофильные нормобласты – 8,0%; оксифильные нормобласты – 3,5%; моноциты – 2,5%; лимфоциты – 52,5 %. Заключение: Пунктат КМ резко гипоклеточный. Проба Кумбса – отрицательная. При кариологическом анализе костного мозга - хромосомной патологии не выявлено. Проба с диэпоксиданом отрицательная. Выставлен диагноз: "Приобретенная апластическая анемия, тяжелое течение". Проведено HLA-типирование – родственного донора нет.

Назначена комбинированная иммуносупрессивная терапия по протоколу лечения апластических анемий (антитимоцитарный глобулин, циклоспорин, метилпреднизолон, колониестимулирующий фактор) на фоне сопроводительной терапии (антибиотики, антимикотики, трансфузии Eг-массы, тромбоцитарной массы). После первого курса АТГАМа улучшилось самочувствие, появилась тенденция к повышению уровня лейкоцитов, сохранялась тромбоцитопения. На фоне второго курса АТГАМа развилась сывороточная болезнь, терапия по протоколу была прекращена.

Принято решение о пересадке костного мозга от неродственного донора.

### **ЧАСТОТА ПОРАЖЕНИЯ ПОЧЕК У ДЕТЕЙ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ**

**Вдовин Д.А.**

**Казанский государственный медицинский университет  
Научный руководитель – д.м.н., проф. Макарова Т.П.**

По данным отечественных нефрологов у детей при сахарном диабете частота поражения почек в виде диабетической нефропатии при сахарном диабете 1 типа составляет 25-40%, при сахарном диабете 2 типа 12-26%. Был проведен ретроспективный анализ историй пациентов Детской республиканской клинической больницы с целью выявления частоты поражения почек при сахарном диабете у детского населения.

Всего было проанализировано 950 историй болезней пациентов за период 2007-2012 год. За указанный период времени на стационарном лечении находилось 200 пациентов с диагнозом сахарный диабет I типа из них со стажем заболевания до 1 года 5 пациентов, от 1 года до 5 лет 80 пациентов, от 5 до 10 лет 100 пациентов, более 10 лет 15 пациентов. С диагнозом сахарный диабет II типа 20 пациентов из них со стажем заболевания до 1 года 2 пациента, от 1 года до 5 лет 10 пациентов, от 5 лет до 10 лет 6 пациентов, более 10 лет 2 пациента.

В своей работе мы опирались на ОАМ, суточный анализ мочи, пробу Зимницкого, уровень мочевины, уровень креатинина, скорость клубочковой фильтрации рассчитанной по формуле Шварца (для расчёта СКФ у детей):  $0,0484 \cdot \text{рост (см)}$ : креатинин плазмы (ммоль/л), для мальчиков, старше 13 лет, вместо коэффициента 0,0484 используется 0,0616.

В результате проведенного анализа нами было выявлено, что у пациентов с диагнозом сахарный диабет I типа со стажем заболевания до 1 года у 2 пациентов наблюдалась микропротеинурия до 0,06 г/л, увеличение СКФ до 140 мл/мин, от 1 года до 5 лет у 20 пациентов, наблюдалась микропротеинурия до 0,06 г/л, увеличение СКФ до 120 мл/мин от 5 до 10 лет у 15 пациентов наблюдалась микропротеинурия до 0,1 г/л, снижение СКФ до 60 мл/мин, более 10 лет у 2 пациентов наблюдалась протеинурия до 1 г/л, снижение СКФ до 40 мл/мин. У 2 пациентов с диагнозом сахарный диабет II типа со стажем заболевания более 10 лет наблюдалась микропротеинурия до 0,06 г/л, снижение СКФ до 80 мл/мин.

Вывод: в ходе проведенной работы нами было установлено, что частота поражения почек у пациентов эндокринологического отделения Детской республиканской клинической больницы при сахарном диабете I типа составляет 19,5%, при сахарном диабете II типа 10%.

### **МАКРО- И МИКРОЭЛЕМЕНТОЗЫ У ЮНЫХ СПОРТСМЕНОВ**

**Троегубова Н.А., Гильмутдинов Р.Р.**

**Казанский государственный медицинский университет  
Научный руководитель – д.м.н., доц. Рылова Н.В.**

В настоящее время достижение высоких спортивных результатов невозможно без больших физических и нервно-психических нагрузок, которым подвергаются спортсмены во время тренировок и соревнований. Для компенсации энергозатрат и активации анаболических процессов, процессов восстановления спортсменов необходимо снабжение организма адекватным количеством энергии и незаменимыми факторами питания.

Обследованы 55 школьников в возрасте от 13 до 17 лет. В зависимости от физической нагрузки подростки были распределены на три группы. Первую, контрольную, группу составили 28 школьников не занимающихся спортом профессионально. Вторая группа — 11 подростков, ученики детско-юношеской спортивной школы плавания «Касатка». Третья группа — 16 спортсменов по синхронному фигурному катанию команды «Идель».

Для исследования макро- и микроэлементов в слюне применялись специальные методы исследования: масс-спектрометрия с индуктивно связанной плазмой, оптическая эмиссионная спектрометрия с индуктивно связанной плазмой.

Установлено достоверное снижение уровня кальция в слюне юных спортсменов в 1,2,3 группах соответственно  $44,65 \pm 4,84$ ;  $36,81 \pm 6,43$ ;  $17,41 \pm 8,77$  ( $p < 0,01$ ), зарегистрировано снижение уровня основного внутриклеточного катиона — калия  $1456,82 \pm 159,13$ ;  $786,90 \pm 87,27$ ;  $330,05 \pm 51,99$  ( $p < 0,01$ ).

Установлено также, что в 3-й группе достоверно снижена концентрация магния  $3,76 \pm 0,70$ ;  $4,026 \pm 0,836$ ;  $2,40 \pm 1,66$  ( $p \leq 0,01$ ). Выявлено достоверное снижение концентрации селена в слюне спортсменов  $0,0064 \pm 0,00079$ ;  $0,0016 \pm 0,0002$ ;  $0,0045 \pm 0,001$  ( $p < 0,01$ ).

Таким образом, установлены значимые изменения содержания макро- и микроэлементов в слюне юных спортсменов, отражающие увеличение потребности в нутриентах, в условиях больших физических нагрузок.

## **АНАЛИЗ КЛИНИЧЕСКИХ СЛУЧАЕВ ОТРАВЛЕНИЙ Г. КАЗАНИ В 2008-2012 ГОДАХ**

**Музибуллин А.Н.**

**Казанский государственный медицинский университет**

**Научный руководитель – д.м.н., проф. Волгина С.Я.**

Актуальность проблемы обусловлена высоким распространением отравлений у детей.

Цель исследования: оценить качество оказания медицинской помощи детям при острых отравлениях.

Задача: проанализировать случаи отравлений у детей за 2008-2012 годы, зафиксированные в детской городской больнице №7.

Объем исследования: 74 истории болезни детей в возрасте от 0 до 18 лет с острыми отравлениями.

Метод исследования: статистическая обработка материала с оценкой коэффициента Стьюдента.

Полученные результаты. Установлено, что максимальное количество случаев отравлений было зафиксировано в 2008 г. (32%) и 2012 г. (24%). Проведенное исследование свидетельствовало о равномерном распределении в половом составе (51% - мальчики, 49% - девочки). Чаще выявлялись случаи отравлений у детей раннего и дошкольного возраста (от 0-6 лет). Следует отметить, что дети преимущественно госпитализировались службой скорой медицинской помощи (88% случаев). В 10% случаев пациенты (с родителями) самостоятельно обращались за медицинской помощью, в 2% - по направлению участкового врача-педиатра. Анализ показал, что преобладали отравления лекарственными веществами (83% от всех случаев). Отравления продуктами горения и угарным газом составляли 5%, бытовой химией – 4%. Важно подчеркнуть, что алкогольные опьянения наблюдались в 8% случаев (или 38% в возрастной группе детей 12-18 лет). Медикаментозные отравления представлены широким спектром лекарственных веществ, относящихся к таким группам, как противосудорожные препараты, бета-адреноблокаторы, представляющих угрозу для жизни. Особое внимание при анализе историй болезней было уделено случаям суицидальных попыток у подростков (38% в возрастной группе 12-18 лет, 7% от общего числа случаев).

Изучение качества оказания медицинской помощи при отравлениях показало (при сравнении с МЭСами и рекомендациями ВОЗ) отсутствие значительных недостатков.

Вывод. Таким образом, проведенный анализ историй болезней детей с острыми отравлениями показал, что достоверно чаще они наблюдаются у детей раннего и дошкольного возраста, что связано с неконтролируемым применением лекарственных веществ. Особая роль принадлежит суицидальным попыткам среди подростков. В алгоритме оказания медицинской помощи существенных недостатков не выявлено.

## **ОКСИД АЗОТА И ЕГО МЕТАБОЛИТЫ КАК МАРКЕРЫ НАРУШЕНИЯ ФУНКЦИИ ЭНДОТЕЛИЯ У ДЕТЕЙ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ**

**Сергеева Е.В., Чиликина Ю.М.**

**Казанский государственный медицинский университет**

**Научный руководитель – к.м.н., доц. Садыкова Д.И.**

По литературным данным за последние годы наблюдается тенденция роста заболеваемости артериальной гипертензией у детей. До настоящего времени не существует единой концепции профилактики сердечно-сосудистой патологии в детском возрасте.

Цель исследования. Установить роль дисфункции эндотелия в формировании АГ у детей и подростков с высоким уровнем факторов риска.

Материалы и методы. В исследование включено 90 детей в возрасте от 14 до 17 лет, из них 70 пациентов с повышением давления и 20 здоровых детей. Для выявления факторов риска пациентам было проведено исследование соматического здоровья, вегетативного тонуса и анкетирование детей.

Диагностику артериальной гипертензии осуществляли с учетом последних рекомендаций (Рекомендации по диагностике, лечению и профилактики АГ у детей и подростков, 2011г.).

По результатам суточного мониторинга артериального давления дети с повышением артериального давления были разделены на три группы: феномен «гипертонии белого халата» - 20 пациентов (ФГБХ), лабильная форма АГ (ЛАГ) - 20 пациентов и стабильная форма АГ (САГ) - 30 пациентов.

Для оценки функции эндотелия детям со стабильной формой АГ было проведено определение стабильных метаболитов оксида азота в сыворотке крови методом иммуноферментного анализа.

Результаты исследования. Нами было выявлено, что наиболее достоверными факторами риска являются курение, алкоголь, гиподинамия, психоэмоциональный фактор и патология течения беременности и родов у матерей детей с АГ ( $p < 0,05$ ).

У пациентов со САГ по сравнению со здоровыми детьми отмечается снижение в крови уровня стабильных метаболита оксида азота ( $p < 0,01$ ), при этом у пациентов с высокойотяженностью факторами риска наблюдали наиболее низкие показатели. Они были достоверно ниже у детей с наличием высокого уровня факторов риска по сравнению с детьми, не имеющими факторов риска.

Вывод. В нашем исследовании выявлено, что формированию эссенциальной артериальной гипертензии у детей и подростков происходит на фоне высокой концентрации факторов риска сердечно-сосудистой патологии.

## **ОТНОШЕНИЕ НАСЕЛЕНИЯ К ВАКЦИНАЦИИ ДЕТЕЙ ПРОТИВ КОРЬ**

**Рамазанова Ю.Р., Казыханова Ю.А.**

**Казанский государственный медицинский университет**

**Башкирский государственный медицинский университет**

**Научный руководитель – к.м.н., доц. Самороднова Е.А.**

Корь - это острое инфекционное заболевание, встречающееся главным образом у детей. Корь является одной из самых заразных болезней, известных на сегодняшний день, при которой происходят поражения глаз, дыхательных путей и кожи, а также такие серьезные осложнения как коревой энцефалит и вирусная коревая пневмония. Хотя данная инфекция является управляемой, заболеваемость корью последние годы в России растет, так в 2013 году на 10% по сравнению с 2012 г., причем среди заболевших 88 % составляют не привитые против кори. Поэтому изучение причин снижения привитости детского и взрослого населения является актуальным.

Цель: изучить отношение населения республики Татарстан (РТ) и республики Башкортостан (РБ) к вакцинации детей против вируса кори.



Методы: проведено анкетирование студентов медицинских вузов, медицинских работников и родителей детей, подлежащих вакцинации.

Результаты: в опросе участвовало 60 человек. Средний возраст опрошенных по РТ и РБ составил 29 лет. Положительное отношение к вакцинации против кори высказали 100% опрошенных студентов в РБ и 78% - в РТ. Среди медиков за прививку высказалось 78% респондентов в РТ и 56% в РБ. Но наиболее отрицательное отношение к вакцинации нами выявлено у родителей детей, так в РТ против высказались 44%, а в РБ – 55%. Однако охват прививками по данным анкет оказался выше – в РТ 71%, а в РБ – 80%. Основной причиной отказа от вакцинации явилась боязнь возможных осложнений, но лишь некоторые из родителей знали, чем опасна корь для ребенка и какие возможны последствия.

Закключение: таким образом, среди родителей в РБ и РТ выявлено достаточно негативное отношение к противокоревым прививкам. Поэтому для снижения заболеваемости корью необходимо повысить привитость детского населения за счет усиления санитарно-просветительской работы прежде с родителями по вопросам необходимости и безопасности вакцинации.

## **ЗДОРОВЬЕ ДЕТЕЙ С ЗАДЕРЖКОЙ ВНУТРИУТРОБНОГО РАЗВИТИЯ, РОЖДЕННЫХ С ПРИМЕНЕНИЕМ ВСПОМОГАТЕЛЬНЫХ РЕПРОДУКТИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ**

**Михеева Е.М.**

**Ижевская государственная медицинская академия  
Научный руководитель – д.м.н., проф. Пенкина Н.И.**

Цель: Изучить особенности здоровья детей с задержкой внутриутробного развития, рожденных с использованием новых репродуктивных технологий.

Материалы и методы: Проведено обследование 29 новорожденных детей с задержкой внутриутробного развития, родившихся от одноплодной и многоплодной беременности с применением репродуктивных технологий. Группу сравнения составили 20 детей аналогичного возраста от одноплодной и многоплодной спонтанной беременности. У всех новорожденных проанализировано течение перинатального периода; использованы клинико-лабораторные методы исследования. Задержка внутриутробного развития диагностировалась у новорожденных, масса тела которых была менее 10 перцентиля для данного гестационного возраста.

Результаты: Исследование показало, что все дети основной группы имели неблагоприятное течение антенатального периода (в группе сравнения 47,3%;  $p < 0,05$ ). Хроническая соматическая патология у женщин выявлялась несколько чаще в группе наблюдения (50,5% и 21,0%,  $p > 0,05$ ). В структуре патологических состояний преобладали заболевания сердечно-сосудистой и мочевыделительной систем. Хроническая генитальная патология выявлена у 1/2 матерей основной группы, что было сопоставимо с данными группы сравнения. При оценке течения настоящей беременности выявлено, что все женщины основной группы имели осложнения беременности (в группе сравнения – 50,0%;  $p < 0,05$ ) в виде угрозы прерывания (81,8% и 21,0%,  $p < 0,01$ ), гестоза (18,8% и 10,5%,  $p > 0,05$ ), фето-плацентарной недостаточности (40,9% и 21,0%,  $p > 0,05$ ), анемии (27,2% и 31,5%,  $p > 0,05$ ).

В раннем неонатальном периоде у детей основной группы значительно чаще выявлялись перинатальные поражения ЦНС ( $p < 0,01$ ), неонатальные желтухи ( $p < 0,001$ ), изменения со стороны сердечно-сосудистой системы ( $p < 0,001$ ). Проведенный анализ показал, что дети, рожденные с применением новых репродуктивных технологий, достоверно чаще рождаются в асфиксии ( $p < 0,05$ ). Врожденные пороки развития диагностированы только у детей основной группы.

Закключение: Для детей с внутриутробной гипотрофией, рожденных с применением репродуктивных технологий, характерноотягощенное течение неонатального периода, высокий показатель пороков развития.

## **РОЛЬ КИСЛОМОЛОЧНЫХ ПРОДУКТОВ В ПИТАНИИ ДЕТЕЙ: ОТ ДРЕВНОСТИ К РЕАЛИЯМ**

**Хикматуллина К.А., Калимуллина А.В.**

**Казанский государственный медицинский университет**

**Научный руководитель – д.м.н., проф. Файзуллина Р.А, к.м.н., доц. Закирова А.М.**

Цель: изучить роль кисломолочных продуктов в питании детей.

Материалы и методы: кисломолочные продукты изготавливаются путем ферментации молочнокислыми бактериями со снижением pH продукта.

Результаты: в 470 г. до н.э. в трактате «Истории греко-персидских войн» Геродот впервые описал кумыс. Кочевники-скотоводы использовали благотворное действие напитка для утоления жажды, устранения общей слабости при расстройствах пищеварения. В России более 120 лет назад Нестор Постников основал школу кумысолечения. В 1908 г. И.И. Мечников получил Нобелевскую премию, продемонстрировав благоприятное влияние болгарской палочки на кишечную микрофлору человека, усвоение лактозы, а также двигательную активность желудочно-кишечного тракта. В мире существует около 400 разновидностей кисломолочных продуктов (КМП): простокваша и варенец в России, ряженка на Украине, мацун, наринэ в Армении, мацони в Грузии, чал в Туркмении, курунга в Северо-Восточной Азии, айран и кефир на Северном Кавказе, кумыс в Башкирии, Татарии, лебен в Египте, ягурт в Болгарии, Греции, Турции, Румынии, погребное молоко в Норвегии и т.д. В 60-е г. в СССР появился готовый продукт с плотной вязкой консистенцией и приятным кисломолочным вкусом и ароматом «Наринэ», полученный путем ферментизации молока чистыми культурами молочнокислых бактерий штамма N.V.Ер 317/402, выделенного проф. Л.А. Ерзинкяном. Однако неадаптированные КМП обладали рядом недостатков при использовании их в питании детей раннего возраста: высокая осмолярность, избыток белка и натрия, дефицит важных микроэлементов, риск развития метаболического ацидоза. Поэтому с развитием производственной отрасли проводилась биологическая ферментация, при этом бактерии частично трансформировали лактозу в молочную кислоту. Так появились адаптированные КМП (НАН КМ 1, 2; Нутрилон КМ; Агуша КМ 1, 2; Нутрилак КМ и др.) для детей с первых дней жизни, обогащенные комплексом витаминов, полиненасыщенных жирных кислот, что позволило уменьшить риск развития метаболического ацидоза

Выводы: кисломолочные продукты обладают многочисленными положительными свойствами. Неадаптированные кисломолочные продукты не должны использоваться в питании детей первого года жизни. Адаптированные кисломолочные смеси – альтернатива неадаптированным «кефирам» для детей 1-го года жизни.

## **РОЛЬ УЧАСТКОВОЙ ПЕДИАТРИЧЕСКОЙ БРИГАДЫ В ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ**

**Якубова А.Ш., Теплицкая К.Ю., Самсонова М.А.**  
**Казанский государственный медицинский университет**  
**Научный руководитель – к.м.н., доц. Шакирова Л.З.**

В успешной реализации программы государственных гарантий по обеспечению доступной и качественной амбулаторной медицинской помощи детям ключевую роль играет диспансеризация.

Цель исследования: Оценка эффективности и качества диспансеризации детей грудного возраста в современных условиях

Материалы и методы: Комплексный анализ основных показателей деятельности городской поликлиники в динамике 2009-2013 гг. и сравнительное изучение состояния здоровья 50 детей, достигших годовалого возраста, в связи с введением в действие приказа МЗ РФ №1346н.

Результаты: За истекшие 5 лет численность обслуживаемого детского населения выросла на 10,5%, а детей до года – на 23,9% на фоне нарастания кадрового дефицита (обеспеченность участковыми педиатрами упала в 1,41 раза), в этой ситуации основная нагрузка ложится на медицинских сестер. Итогом практической реализации нового порядка диспансеризации по сравнению с предшествующим периодом явился рост числа плановых осмотров педиатра с 8,5 до 16,5 раз за год (не считая вызовов и активных посещений на дому по поводу заболеваний), а числа осмотров всех специалистов – только с 13,5 до 13,8 раза. Увеличилось дополнительное обследование (на 25%) и охват прививками (на 3-10%). Дети развивались быстрее по всем показателям, а по навыкам речи и ходьбы с опережением на 1,5 месяца. Снизилось общее число заболеваний (на 35%) и кратность острой инфекционной патологии (с 1,44 до 0,8 на одного ребенка).

Выводы: В достижении положительных результатов диспансеризации детей грудного возраста ключевую роль играет участковая бригада детской поликлиники и без решения, в первую очередь, кадровых проблем невозможно дальнейшее совершенствование диспансеризации.

## **КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ЛИХОРАДКИ НЕЯСНОГО ГЕНЕЗА В ДИАГНОСТИКЕ ВНЕЛЕГЧНОГО ТУБЕРКУЛЕЗА**

**Пиркова О.Г.**  
**Казанский государственный медицинский университет**  
**Научный руководитель – к.м.н. доц. Осипова Н.В.**

Пациент И., 6 лет, 27.08.2013 г. доставлен бригадой скорой помощи в ДРКБ с жалобами на подъемы температуры до 38 °С преимущественно в вечернее время без катаральных явлений, боли в животе. Болен с 19.08.2013. На фоне терапии антибиотиками (амоксиклав, цефтриаксон) без улучшения.

Объективно: Состояние средней тяжести за счет интоксикационного синдрома. Кожные покровы, слизистые бледные. Микрополиадения. Костно-мышечная система, суставы без патологии. В легких перкуторный звук легочной, дыхание везикулярное, проводится по всем полям, хрипов нет. Границы сердца не расширены, систолический шум на верхушке. Живот мягкий, умеренная болезненность при пальпации в околопупочной области. Печень и селезенка не увеличены. Стул в течение 3-х недель оформлен. Дизурических нарушений нет.

Общий анализ крови: анемия гипохромная легкой степени, лейкоцитоз  $12 \times 10^9/\text{л}$ , ускорение СОЭ до 45 мм/ч. Общий анализ мочи, анализ мочи по Нечипоренко – показатели в норме. Биохимическое исследование крови: уровень общего белка, почечные и печеночные пробы, амилаза, АСТ-О, КФК, ЛДГ - в пределах нормы. Повышение СРБ до 1,65 мг/дл. Прокальцитонин 0,07 нг/мл (N до 0,1 нг/мл). Ферритин 37,88 нг/мл (30-140). Anti-CCP <7.0 U/ml. LE-клетки не обнаружены. Иммунограмма: IgA 3,5 МЕ/мл (N 0,83-2,17), IgG 14,39 МЕ/мл (N 6,5-14,1), IgM 0,56 МЕ/мл (N 0,55-2,1), СЗ 176,0 мг/дл (N 90-180), С4 29,5 мг/дл (N 10-40). РНГА на иерсиниоз ОЗ,О9 и псевдотуберкулез – отрицательна. ИФА (IgM, IgG) на токсоплазмоз, краснуху, ЦМВИ, вирус Э-Барра, герпес 1,2 – отрицательные. Гемокультура 3-хкратно – отрицательно. Миелограмма: пунктат костного мозга умеренно гипоклеточный, полиморфный, мегакариоциты в достаточном количестве. Рентгенография ОГК: очаговой патологии не выявлено.

Спиральная КТ брюшной полости, забрюшинного пространства, органов малого таза с в/в болюсным контрастированием (поисковая): мелкие очаги, не накапливающие контраст в паренхиме селезенки. Патологическое образование в проекции увеличенной в объеме левой реберно-подвздошной мышцы и длиннейшей мышцы спины слева на уровне позвонков L3-5 с распространением в пространство между позвоночником и левой поясничной мышцей. Патологический очаг деструкции в левом реберном отростке позвонка L5. Увеличение размеров головки поджелудочной железы, расширение интрапанкреатической части желчного протока. Увеличение размеров печени без изменения её структуры.

МРТ пояснично-крестцового, крестцово-копчикового отделов позвоночника с контрастным усилением: МРТ-данные необходимо дифференцировать между воспалительным характером образования с очагами абсцедирования и объемным процессом с зонами распада.

УЗИ образования с доплером: При сканировании места видимой деформации в поясничной области слева, на глубине 7 мм от поверхности кожи визуализируется неоднородной эхоструктуры, преимущественно гипэхогенное образование с неровными нечеткими контурами, размером 34\*5\*18,2мм (объем около 11,3 см<sup>3</sup>). При ЦДК определяется тканевой кровоток.

Патогистологическое исследование: В препаратах фокусы тканевого детрита (местами очень похожего на казеозные массы), окруженные зоной продуктивного воспаления с наличием эпителиоидных гранул и единичных гигантских многоядерных клеток. При окраске по Цилю-Нильсену кислотоустойчивые бактерии достоверно не определяются. Патогистологический диагноз: можно предположить БЦЖ-инфекцию.

Консультация фтизиатра. Диагноз: туберкулезный остит L5 позвонка. Для дальнейшего лечения ребенок переводится в детское отделение РКПТД.

## **ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ РЕДКОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ ТУБЕРОЗНОГО СКЛЕРОЗА**

**Панькин А.Н.**  
**Казанский государственный медицинский университет**  
**Научный руководитель – д.м.н., проф. Волгина С.Я.**

Цель работы. Выявление особенностей диагностики и определение тактики лечения редкого заболевания-туберозного склероза.

Методы исследования. Подробно изучалась клиническая картина заболевания, лабораторные и инструментальные методы исследования пациента.

Полученные результаты. Проведен анализ истории болезни пациентки, страдающей туберозным склерозом. Данное исследование доказало необходимость детального обследования и взятия на учет детей, имеющих следующую совокупность признаков: гипопигментированные пятна кожных покровов, ангиофибромы лица, судорожный синдром, задержка нервно-психического развития. Углубленная диагностика заключалась в проведении КТ, МРТ головного мозга, иридокопии с целью обнаружения признаков, подтверждающих диагноз.

Своевременно назначенная противосудорожная терапия в виде риспердала и трилептала помогла стабилизировать и улучшить нервно-психическое состояние ребенка.

Выводы. Несмотря на редкость данного заболевания, тяжелая инвалидизация и отсутствие эффективных средств лечения придают данной проблеме особую актуальность. В то же время, своевременная диагностика помогает определить тактику ведения больного и предотвращает развитие осложнений. Кроме того, генетическое консультирование членов семьи способствует снижению частоты рождения детей с тяжелыми формами заболевания.

## **ПОРАЖЕНИЕ ПОЧЕК ПРИ ГЕМОРРАГИЧЕСКОМ ВАСКУЛИТЕ**

**Тукмакова В.В.**

**Казанский государственный медицинский университет  
Научный руководитель – д.м.н., проф. Макарова Т.П.**

Геморрагический васкулит относится к системным васкулитам с преимущественным поражением микроциркуляторного русла и занимает по частоте первое место среди заболеваний данной группы. Тяжесть течения ГВ и ее прогноз определяется вовлечением в патологический процесс почек.

Цель исследования: изучение частоты, структуры, клинических особенностей поражения почек у детей с геморрагическим васкулитом по данным ретроспективного анализа историй болезней пациентов кардиоревматологического отделения ДРКБ МЗ РТ с 2009 по 2013 г.

Результаты: за данный период на стационарном лечении находилось 67 детей с диагнозом геморрагический васкулит, из них: мальчиков-37, девочек-30, в возрасте от 2 до 14 лет. В клинике заболевания присутствовали следующие синдромы: изолированный кожный синдром в виде геморрагических высыпаний преимущественно на нижних конечностях наблюдался у 9 детей (13,4%). Смешанная форма проявлялась следующими сочетаниями: сочетание кожного и суставного синдромов отмечено у 18 детей (26,8%), сочетание кожного и абдоминального синдромов выявлено у 8 детей (11,9%), кожного, суставного, абдоминального у 14 детей (20,9%), сочетание кожного, абдоминального, почечного синдромов выявлено у 15 детей (22,4%), сочетание кожного, суставного, абдоминального, почечного синдромов отмечено у 3 детей (4,5%).

Поражение почек в дебюте заболевания выявлено у 17 детей и проявлялось гематурией вплоть до макрогематурии. Трансформация в последующем в капилляротоксический гломерулонефрит с нефритическим синдромом отмечено у 12 детей (70,6%). У 5 детей (29,4%) отмечена нефротическая протеинурия ( $\geq 3\text{--}3,5$  г/л.всутки), в последующем диагностирован капилляротоксический гломерулонефрит с нефротическим синдромом. Нарушение функции почек острого периода выявлено у 3 детей (17,6%) в основном при нефритическом синдроме нефрита, у 1 ребенка развилась острая почечная недостаточность. У 14 детей (83,2%) функция почек была не нарушена.

Выводы: Частота поражения почек при геморрагическом васкулите составляет 25,8%. При поражении почек при геморрагическом васкулите на ранних этапах необходимо применение нефропротективной терапии.

## **СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С МУКОПОЛИСАХАРИДОЗАМИ (ПО МАТЕРИАЛАМ РЕСПУБЛИКИ ТАТАРСТАН)**

**Пиржанова Е.Н.**

**Казанский государственный медицинский университет  
Научный руководитель – д.м.н., проф. Волгина С.Я.**

Актуальность: Проблема редких (орфанных) заболеваний заключается в хроническом угрожающем жизни и здоровью характере заболевания. В связи с настолько низкой встречаемостью необходимо применять специальные условия для предотвращения заболеваний, ранней смертности и повышения качества жизни больных. Мукополисахаридозы (МПС) - одни из представителей этой группы заболеваний. МПС - наследственные заболевания обмена веществ, относящиеся к группе лизосомных болезней накопления, обусловлены дефицитом/отсутствием лизосомных ферментов, участвующих в деградации компонентов внеклеточного матрикса - гликозаминогликанов.

Цель: изучить встречаемость МПС на территории Республики Татарстан (РТ), проанализировать проводимую терапию, качество жизни пациентов.

Методы: анамnestический, клинический, лабораторно-инструментальный.

Результаты: На территории РТ зарегистрировано 5 случаев МПС (3 пациента с МПС I, 2 - с II типом). Диагнозы были выставлены после клинического обследования, определения дефицита ферментов, подтверждены методом молекулярно-генетического анализа в специальных лабораториях медико-научных центров. Первыми признаками заболевания были отставание в нервно-психическом развитии, пороки сердца, гемиартроз. В настоящее время впервые в РТ проводится ферментзаместительная терапия (ФЗТ) одному из пациентов (девочка, 3 года; МПС I) препаратом ларонидаза с 2011 года, регистрируется положительная динамика течения заболевания. Во втором случае МПС I (девочка, 15 лет) подтвержден лишь в 2013 году, в настоящее время решается вопрос о ФЗТ; состояние компенсированное. Пациент с МПС II (6 лет) имеет тяжелые интеллектуальные нарушения. Двое из пациентов (МПС I и II) погибли в возрасте до 7 лет.

Вывод: На территории республики зарегистрировано 5 случаев орфанного заболевания МПС. Существуют сложности в выявлении больных, проведении своевременной диагностики заболевания, специфической терапии. Своевременная диагностика и проведение ФЗТ позволяют существенно улучшить качество жизни пациента и его семьи. Для чего нужно создавать условия для этого, доводить сведения о заболевании врачам всех специальностей, так как подходы к лечению детей с МПС имеют особенности.

## **ЭТИОПАТОГЕНЕЗ И СТРУКТУРА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ОСТРОЙ КРАПИВНИЦЕЙ У ДЕТЕЙ НА ТЕРРИТОРИИ КУРСКОЙ ОБЛАСТИ**

**Фетисова И.В.**

**Курский государственный медицинский университет**

**Научный руководитель – к.м.н., доц. Богомазов А.Д., д.м.н., проф. Силина Л.В.**

В настоящее время в мире отмечается неуклонный рост частоты и распространенности аллергических заболеваний, в том числе такого заболевания, как крапивница. Наиболее распространенной является острая крапивница, которая составляет примерно 70,0-75,0 % всех случаев заболевания. Распространенность крапивницы среди детей составляет от 2,0 до 6,7 % (Пампура А.Н.).

Крапивница — гетерогенная группа заболеваний, для которых характерна диффузная или ограниченная сыпь в виде зудящих волдырей или папул различных размеров.

Актуальность крапивницы обусловлена полиэтиологичностью заболевания, распространенностью у детей и подростков и развитием большого числа осложнений.

В отделении аллергологии ОДКБ г. Курска было обследовано 10 больных детей с диагнозом острая крапивница в возрасте от 1 года до 15 лет (в среднем 8,95 лет).

У 3 больных (30%) острая крапивница сопровождалась отеком Квинке (ангиоотек). Клинически ангиоотек был представлен кожными проявлениями (асимметричные отеки бледно-розового цвета с локализацией на лице (периорбитальная область, область губ)).

Среди обследованных детей по половому признаку острая крапивница встречалась в равных соотношениях: у 5 мальчиков и 5 девочек.

В структуре заболеваемости острой крапивницей преобладали жители города – 9 детей (90 %), жители поселка составили 10%.

У половины детей острая крапивница развилась на фоне употребления продуктов, содержащих аллергены, и применения лекарственных средств. Меньший процент составили клещевые аллергены.

Клиническая картина больных крапивницей характеризовалась уртикарными высыпаниями, которые сопровождалась сильным зудом.

У детей с острой крапивницей были выявлены следующие сопутствующие заболевания: хронический гастродуоденит, деформация желчного пузыря, реактивный панкреатит, ОРВИ, дискинезия толстой кишки на фоне врожденной патологии кишечника, хронические запоры, неязвенная диспепсия, шейно-подчелюстная лимфоаденопатия, гипертрофия миндалин.

Из анализа полученных данных установлено, что высокий уровень заболеваемости острой крапивницей был у детей, проживающих в городской местности. Заболевания желудочно-кишечного тракта были выявлены, как наиболее часто встречающаяся сопутствующая патология у детей с диагнозом «острая крапивница».

## **ОСОБЕННОСТИ ДЕБЮТА РАХИТА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА**

**Калимуллина А.В., Захарова Д.А., Хасаншина Л.Р.**

**Казанский государственный медицинский университет**

**Научный руководитель – к.м.н., доц. Закирова А.М., к.м.н., асс. Сулейманова З.Я.**

Цель: изучить особенности начальных проявлений рахита у детей раннего возраста

Материалы и методы: под наблюдением находились 49 детей, находящихся на стационарном лечении в детском стационаре ГАУЗ «ЦГКБ №18» в возрасте от 1 мес до 3 лет. Всем детям проведено клинико-лабораторно-инструментальное обследование; осмотр специалистов - по данным карт истории развития ребенка

Результаты: анализ анамнестических данных показал, что в 69,4% случаев обследованных детей отмечался отягощенный перинатальный анамнез (токсикоз, угроза прерывания беременности, внутриутробная инфекция, анемия и пиелонефрит беременных, ОРВИ и грипп). Осмотр невропатолога выявил неврологическую симптоматику в 32,6% случаев в виде перинатального поражения ЦНС в форме гипертензионно-гидроцефального синдрома, пирамидной недостаточности, миотонического синдрома и т.д. В 53,1% случаев отмечалась дисфункция вегетативной нервной системы в виде потливости, выраженного дермографизма, чаще смешанного характера, склонности к тахикардии, беспокойный сон, пугливость, плаксивость. Косвенно свидетельствуют о неспецифичности симптомов рахита данные корреляционного анализа: отмечена положительная корреляция ( $p < 0,05$ ) между облысением затылка и уровнем фосфора крови, а также между крупной массой и проявлением вегетативной дисфункции.

Выводы: дисфункция центральной нервной системы, обусловленная постгипоксической церебральной ишемией и натальной травмой шейного отдела позвоночника может скрываться под маской начальных проявлений рахита.

## **КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ БОЛЬНОГО С БОЛЕЗНЬЮ АЛЬБЕРС-ШЁНБЕРГА**

**Миннуллина Э.Р., Мингазова И.И.**

**Казанский государственный медицинский университет**

**Научный руководитель – д.м.н., проф. Фазлеева Л.К.**

Генерализованный остеопетроз (болезнь Альберс-Шёнберга, мраморная болезнь, врожденный злокачественный остеопетроз) – редко встречающееся наследственное заболевание, с системным склерозированием костей всего скелета, резким сужением плацдарма медуллярного кровотока.

В возрасте 2 недель у ребенка - тонические судороги до 30 раз в сутки. Лечился в стационаре с подозрением на энцефалит без улучшения, для уточнения диагноза был переведен в ОРН ДРКБ МЗ РТ. На фоне лейкоцитоза, анемии, тромбоцитопении и миелограммы (пунктат гипоклеточный, полиморфный) было выявлено: рентгенограмма - утолщенные концы ребер, дистальные метафизы костей предплечья расширены, костномозговой канал лучевой и локтевой костей не прослеживается, остеосклероз, уплотнены кости основания черепа, ядра окостенения отсутствуют. Выставлен диагноз: Болезнь Альберс-Шёнберга. При уточнении диагноза в Центре Молекулярной Генетики (г.Москва) выявлена мутация с.807+5G>A в гене TCIRG1 в гомозиготном состоянии, что подтвердил диагноз «наследственный аутосомно-рецессивный инфантильный остеопетроз». Периодическое лечение в ДРКБ, получает заместительную, поддерживающую, антибактериальную терапию в

связи с сопутствующими заболеваниями. В возрасте 2 лет появилась припухлость на щеке, носовое кровотечение. На КТ – патологическая зона в проекции наружных мягких тканей передней поверхности верхней челюсти справа, частично распространяющаяся на нижнемедиальную стенку правой орбиты; признаки внутренней гидроцефалии. На УЗИ брюшной полости умеренные периваскулярные уплотнения печени и селезенки.

В динамике новообразование прогрессирует, с прорастанием в верхнюю челюстную пазуху, решётчатый лабиринт. Консультация челюстно-лицевого хирурга - хирургическое лечение не показано. Появление новообразования можно предположить как проявления вторичного иммунодефицитного состояния на фоне основного заболевания. Ребенок отправлен в Москву на консультацию гематолога в клинику ФНКЦ ДГОИ им. Д.Рыгачёва. Ставится вопрос о лечении основного заболевания с использованием новых биотехнологий – трансплантации костного мозга, стволовых клеток.

#### **ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ ДЕРМАТОМИОЗИТА У ДЕТЕЙ ПО ДАННЫМ КАРДИОРЕВМАТОЛОГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ ДРКБ**

**Галявиева А.Р.**  
**Казанский государственный медицинский университет**  
**Научный руководитель – д.м.н., проф. Макарова Т.П.**

Дерматомиозит — тяжелое прогрессирующее системное заболевание соединительной ткани, скелетной и гладкой мускулатуры с нарушением её двигательной функции, кожных покровов в виде эритемы и отёка, сосудов микроциркуляторного русла, с поражением внутренних органов, нередко осложняющееся кальцинозом и гнойной инфекцией.

Цель: изучение частоты встречаемости дерматомиозита у детей по данным кардиоревматологического отделения ДРКБ МЗ РТ с 2004 по 2013 год.

Результаты: за данный период на стационарном лечении находилось 6 детей с диагнозом дерматомиозит из них 3 мальчика и 3 девочки.

Средний возраст больных 7 лет. Возраст самого старшего ребенка на момент манифестации заболевания - 15 лет, самого младшего - 3 года.

У всех больных детей выявлен кожный синдром, который проявлялся красно-фиолетовой отечной эритемой на верхних веках, у одного ребенка лиловой эритемой на спине, груди и разгибательных поверхностях локтевых и коленных суставов. Миопатический синдром был представлен мышечной тетраплегией, у одного ребенка вплоть до миопатического криза в виде обездвиженности и миогенного «бульбарного» паралича. Для 4х детей были характерны дисфагия, поперхивание, дисфония. Миопатический синдром сопровождался во всех случаях болевым синдромом – болезненность при пальпации мышц конечностей. Суставной синдром в виде сгибательной контрактуры локтевого сустава выявлен у одного ребенка. Наблюдались осложнения в виде ограниченного ассиметричного кальциноза мягких тканей бедра у одного ребенка, кисти и плеча - у второго ребенка.

Ранними инструментально-лабораторными маркерами дерматомиозита являются уровень креатининфосфокиназы, данные электромиографии, креатининурия. Креатининфосфокиназа значительно превышала норму во всех случаях, значения колебались от 1600 МЕ до 4000 МЕ. На электромиограмме у всех больных детей - диффузный миогенный процесс. Один случай заболевания дерматомиозита с летальным исходом.

Выводы: дерматомиозит у детей встречается в любом возрасте и характеризуется тяжелым прогредиентным течением, приводит к инвалидизации и требует назначения адекватной иммуносупрессивной терапии.

#### **КАФЕДРА ГОСПИТАЛЬНОЙ ПЕДИАТРИИ С КУРСАМИ ПДО И ПП КГМУ: ПРОШЛОЕ, НАСТОЯЩЕЕ И БУДУЩЕЕ**

**Абдреева Г.Т., Шайхутдинова А.А.**  
**Казанский государственный медицинский университет**  
**Научный руководитель – д.м.н., проф. Фазлеева Л.К.**

На кафедре госпитальной педиатрии прививают нам клиническое мышление, ближе знакомимся с возможностями и требованиями практического здравоохранения. Кафедра формировалась исторически.

В числе четырех факультетов Казанского университета, основанного в 1814 г., был и медицинский под названием «Отделение врачебных наук». В 1875 г. на этой базе была образована кафедра педиатрии. Первым руководителем кафедры был профессор Николай Александрович Толмачев, с этого момента началось становление научной педиатрии в Казани.

В 1893 г. заведовать кафедрой детских болезней университета был приглашен первый профессор-педиатр Петр Михайлович Аргутинский – Долгоруков. После смерти П.М.Аргутинского, с 1912 г. проф. Виктор Константинович Меньшиков возглавил кафедру с клиникой и начал читать полный курс лекций по детским болезням с инфекциями. В 1930-м году медицинский факультет Казанского университета был выделен в самостоятельный медицинский институт, а в 1934-м году был создан педиатрический факультет и кафедра педиатрии, которую возглавил проф. Ефим Моисеевич Лепский, первый декан факультета.

В 1952 году заведующим стал профессор Евгений Николаевич Караваев. Кафедра продолжала изучение проблем рахита, возрастных особенностей реактивности больных детей.

С 1962 года кафедрой госпитальной педиатрии руководит профессор Хамидуллина Абруй Хусаиновна. На кафедре разрабатываются комплексные исследования по изучению реактивности детского организма в норме и патологии, аллергии в возрастном аспекте.

С 1978 по 1986 г. кафедрой заведовала проф. Нина Алексеевна Романова. Кафедра работала в тесном контакте с МЗ РТ, сотрудники кафедры работали главными внештатными специалистами МЗ РТ по неонатологии, детской пульмонологии, аллергологии, нефрологии.

С 1986 года кафедру возглавляет профессор Булатов Владимир Петрович. Под его руководством выполнено 3 докторские и 24 кандидатские диссертации. Кафедра представлена 7 докторами наук, в настоящее время на кафедре выполняются более 10 научных исследований, аспирантами становятся активные участники СНК, с ними также связано будущее кафедры.

## **ЗАКОНОДАТЕЛЬНОЕ РЕГУЛИРОВАНИЕ ЭВТАНАЗИИ ДЕТЕЙ В МИРЕ**

**Еникеева Д.Р.**

**Казанский государственный медицинский университет  
Научный руководитель – к.м.н., ст. преп. Смирнова О.Н.**

Актуальность данной темы в настоящее время играет большую роль в связи с принятием решения о расширении закона об эвтаназии в Бельгии, распространив его действие на неизлечимо больных детей.

Целью исследования является изучить правовые и юридические аспекты проведения эвтаназии детей.

Практика прекращения жизни человека, то есть эвтаназия, направленная на удовлетворение просьбы смертельно больного об ускорении его смерти какими-либо действиями или средствами, проводится во многих странах. Но распространение закона на детей раньше не применялось. Бельгия станет первой страной в мире, распространивших право на добровольную смерть безнадежно больных детей.

Согласно законопроекту, дети теперь смогут просить врачей лишить их жизни. При этом закон предусматривает ряд ограничений:

- Пациент должен осознавать последствия своего решения и понимать смысл эвтаназии.
- Просьба об эвтаназии должна быть одобрена родителями ребенка и медицинским персоналом.
- Болезнь должна быть неизлечимой.
- Пациент должен постоянно ощущать сильные боли, облегчить которые не удается.

Дискуссии об эвтаназии ведутся постоянно, большинство европейских стран пока ее не поддерживают. В нашей стране эвтаназия вне закона. Помощь в добровольном уходе из жизни приравнивается к убийству. В законе "Об основах охраны здоровья граждан в РФ", принятом в 2011 году, в статье 45 говорится: "Медицинским работникам запрещается осуществление эвтаназии, то есть ускорение по просьбе пациента его смерти какими-либо действиями (бездействием) или средствами, в том числе прекращение искусственных мероприятий по поддержанию жизни пациента".

## **ОЦЕНКА ЗДОРОВЬЯ ШКОЛЬНИКОВ, ПРОЖИВАЮЩИХ В ЭКОЛОГИЧЕСКИ НЕБЛАГОПОЛУЧНОМ РЕГИОНЕ**

**Пстыгина Г.Р., Денисова А.В.**

**Казанский государственный медицинский университет  
Научный руководитель – к.м.н., доц. Самороднова Е.А.**

Влияние негативных экологических факторов, связанных с антропогенным загрязнением окружающей среды, нередко превышает адаптационные возможности организма ребенка, что существенно влияет на функциональные резервы и здоровье в целом.

Цель: изучить состояние здоровья школьников, проживающих в экологически неблагоприятном регионе Республики Татарстан (РТ)

Пациенты, методы: проанализированы данные медосмотров школьников 1-11 классов Шеморданского лицея Сабинского района РТ за 2009-2013 гг. В лицее обучается 819 человека (2013 г.), из которых 47% мальчики, 53% - девочки.

Результаты. Лицей расположен в селе Шемордан, на территории которого находятся промышленные предприятия, неблагоприятно влияющие на экологию: газокompрессорная станция, мясокомбинат, нефтебаза, кожевенный комбинат, железная дорога.

Комплексным показателем, характеризующим уровень здоровья школьников, является группа здоровья. Она позволяет проводить сопоставительную оценку состояния здоровья различных контингентов, как на момент обследования, так и при динамическом контроле. Нами были выявлены крайне тревожные факты: за последние 5 лет ни один школьник не был отнесен к первой группе здоровья, тогда как к четвертой и пятой – 3,4%. Также выявлена неблагоприятная тенденция от начальных к старшим классам – в 1-4 классах школьники с 3-5 группами здоровья составляют 6,3%, то среди старшеклассников – в 2 раза больше (12,7%). Анализ структуры заболеваемости детей с 4-5 группой здоровья показал, что 54% - это заболевания центральной нервной системы, патология опорно-двигательного аппарата и зрения по 11,5% соответственно, другая патология – 23%. Еще одним объективным показателем, отражающим функциональные резервы организма школьника – это физкультурная группа. Так, если в начальной школе 93,7% детей занимаются в основной группе, то в старшей – 82,3%, а 85 человек в лицее нуждаются в занятиях в подготовительной и специальной группах.

Выявленные неблагоприятные тенденции в состоянии здоровья школьников, несомненно, связаны с неблагоприятными экологическими факторами и требуют усиления профилактической работы, прежде всего в образовательных учреждениях.

## **ПРОФИЛАКТИКА СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ У ДЕТЕЙ: ОЦЕНКА ГИГИЕНИЧЕСКИХ ЗНАНИЙ РОДИТЕЛЕЙ**

**Панькин А.Н., Пиржанова Е.Н., Шарафисламова Л.С.**

**Казанский государственный медицинский университет  
Научный руководитель – к.м.н., доц. Самороднова Е.А.**

Особенностью стоматологической заболеваемости у детей на современном этапе является высокая распространенность и интенсивность поражения зубочелюстной системы, одновременное развитие нескольких видов патологий. Одной из причин этого является недостаточная гигиеническая грамотность и низкий уровень навыков личной гигиены у населения.

Цель исследования: изучить осведомленность родителей по вопросам профилактики заболеваний полости у детей.

Методы: проведено анкетирование 53 родителей дошкольного и школьного возраста во время посещения детской стоматологической поликлиники.

Результаты: поводом обращения к стоматологу в 74% явились стоматологические заболевания, лишь пятая часть больных (19%) обратилась с профилактической целью, в 8% случаев – обратилась, когда появилась острая боль, выпали ранее поставленные пломбы, образовался флюс. Основными симптомами «стоматологической тревоги» родители считают, зубную боль (37%), появление дефекта в зубе или кровоточивость десен является поздними признаками стоматологической патологии. В ходе опроса выявлены родители, считающие лечение молочных зубов необязательным, что повышает частоту патологии уже постоянных зубов у детей. Регулярно, хотя бы 1 раз в год, посещают с ребенком стоматолога не более 21% опрошенных.

Соблюдение правил гигиены полости рта в домашних условиях отмечено только у 47% детей, практически половина (49%) чистит зубы однократно, а 4% - вообще регулярно не чистят зубы. Более чем в половине анкет (51%) выявлен факт злоупотребления детьми сладкими напитками и кондитерскими изделиями, недостаточное количество овощей и фруктов.

Следует отметить, что все родители отметили потребность в дополнительной информации, так наибольший интерес вызвали причины развития кариеса зубов и правила гигиены полости рта.

Заключение: таким образом, у родителей выявлены низкая профилактическая активность и дефицит знаний по вопросам гигиены полости рта и профилактики детских стоматологических заболеваний, что требует проведения дополнительной санитарно-просветительской работы.

## **МИОКАРДИАЛЬНО-ГЕМОДИНАМИЧЕСКАЯ АДАПТАЦИЯ ШКОЛЬНИКОВ С НАРУШЕНИЯМИ РИТМА И ПРОВОДИМОСТИ СЕРДЦА**

**Семерикова Ю.И.**

**Нижегородская государственная медицинская академия  
Научный руководитель – к.м.н., асс. Зубова В.В.**

Представляется перспективным оценить возможности и информационную значимость показателей адаптивности для практики диспансерного обслуживания детей с нарушениями ритма и проводимости сердца. Цели и задачи. Изучить особенности миокардиально-гемодинамической адаптации у школьников с НРПС по показателям АД и ЧСС. Объем и методы исследования. Обследовали 873 детей школьного возраста, находившихся на амбулаторном режиме диспансеризации у детского кардиолога: 1 группа - 241 ребенок с суправентрикулярной формой пароксизмальной тахикардии, 2 группа - 31 ребенок с удлинненным интервалом QT, 3 группа - 20 детей с полной АВ-блокадой, 4 группа - 34 школьника с проведенной в анамнезе радиочастотной катетерной аблацией, 5 группа - 32 ребенка с имплантированным электрокардиостимулятором; 6 группа - 396 детей с ВСД без нарушения ритма и проводимости, 100 детей условно – здоровые. Оценили показатели САД и ЧСС. Вычислили индекс функционального напряжения с выделением уровней адаптированности. Результаты. Выявили статистически значимые различия в структуре распределения оценок гемодинамических параметров у школьников обсуждаемых групп с нарушений ритма и проводимости сердца. Представленные данные характеризуются большой вариативностью оценок. В группах НРПС доля детей с брадикардией и пониженной ЧСС преобладающая (31,4%), доля детей с тахикардией составила в среднем 7,0%. В группах детей после РЧА и с ЭКС распределение оценок также существенно отличаются от эталона. Основная (47%) доля детей в группе СВД характеризуется оценками по 1 и 2 ц.и., остальные показатели находятся в пределах возрастной нормы. Крайние варианты оценок АД у детей всех групп встречаются реже. На следующем этапе, исходя из полученных результатов, проанализировали вариативность значений ИФН, группируя их по всем возможным сочетаниям оценок ЧСС и САД. Оценка нормы показателей систолического АД установлена у 60,6% школьников, значимо ниже эталона – 80%, различие для ЧСС еще больше – 21% против должных 80%. Соответствие диапазону нормы значений ИФН установили только у трети детей (36,5%). Итоговые средние статистически значимо отличаются от диапазона нормы. Это объясняется тем, что только у 13% обследованных школьников показатели САД и ЧСС оценены как соответствующие возрастной норме.

## **ПРОБЛЕМЫ ПРАВОВОГО РЕГУЛИРОВАНИЯ УСЫНОВЛЕНИЯ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

**Газизянова Г.Р.**

**Казанский государственный медицинский университет  
Научный руководитель – д.ю.н., ст. преп. Смирнова О.М.**

Усыновление (удочерение) является одной из приоритетных форм устройства детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей. Вопросы усыновления, в особенности российских детей иностранными гражданами имеет очень большое практическое значение. Большое количество средств массовой информации затрагивает темы, связанные с некорректным отношением усыновителей с приемными детьми.

В России много говорится о проблеме усыновления российских детей иностранными гражданами, на которую существует как минимум, две противоположные точки зрения. Некоторые эксперты считают, следует запретить усыновление российских детей иностранцами. Другая группа экспертов не только не видит в международных усыновлениях проблем, но, напротив, считают, что иностранцы усыновляют больных детей, обеспечивая им возможность лечения, а проблема жестокого отношения к российским детям излишне преувеличена прессой. В области международного усыновления всегда существовала сложность в решении вопроса о том, право какой страны подлежит применению при установлении усыновления.

Преимущество при усыновлении отдается гражданам РФ. И только в случаях, когда не представляется возможным передать детей на воспитание в семьи граждан РФ, постоянно проживающих на территории РФ, либо на усыновление родственникам детей независимо от гражданства и места жительства этих родственников, допускается усыновление детей иностранными гражданами или лицами без гражданства.

Из вышесказанного можно сделать вывод, что институт усыновления с участием иностранного элемента – явление довольно сложное. Только российское законодательство может решить многие "болезненные" вопросы, связанные с передачей российских детей за границу.

## **АНАЛИЗ АНТИБИОТИКОТЕРАПИИ В ПЕДИАТРИЧЕСКОМ СТАЦИОНАРЕ**

**Воронцова И.А., Коновалова Т.Б.**

**Казанский государственный медицинский университет  
Научный руководитель – к.м.н., доц. Мамлеев Р.Н.**

Несмотря на успехи современной фармакотерапии, количество проблем, связанных с проведением противомикробной терапии, неуклонно растет. Увеличение общего «арсенала» антибиотиков, сопровождается снижением знаний врачей о принципах рациональной антибактериальной терапии, неадекватностью стартовой терапии, ростом резистентности патогенной флоры к антибиотикам, особенно – при внутрибольничном инфицировании, значительным увеличением доли дженерических препаратов в стационарах и ростом возникновения побочных реакций.

Целью нашего исследования являлся анализ причин, приводящих к неадекватной антибиотикотерапии в условиях детского многопрофильного стационара.

Нами изучены истории болезни детей первого года жизни, пролеченных в отделении хирургического профиля и получавших антибиотики.

Результаты анализа историй болезней и листов назначений показали, что довольно часто встречаются типичные недостатки оформления документации:

- Некорректное ведение «Листа антибактериальной терапии»: указаны коммерческие названия оригинальных препаратов, в то время как пациенты получали их дженерические аналоги; также неверно указывались МНН антибиотиков; отсутствуют расчет дозы антибиотиков на килограмм массы тела пациента и даты назначения и отмены препаратов.
  - Часто отсутствуют указания на проводившуюся интраоперационную антибиотикопрофилактику.
  - При длительном пребывании маленького пациента в стационаре в дневниковых записях не корректировалась доза антибиотиков соответственно изменению массы тела (угроза «субоптимальности доз»).
  - Несоблюдение кратности введения антибактериальных препаратов.
  - Необоснованное назначение антибиотиков.
  - Предпочтительное назначение резервных антибиотиков в качестве стартовой терапии.
  - Не всегда оправданная пролонгация терапии резервными антибиотиками и отсутствие практики «деэскалационной терапии».
  - Неоправданное назначение пробиотиков с целью профилактики дисбактериоза (в т.ч. на фоне антибиотикотерапии), что приводило к контаминации пациентов *Enterococcus faecium*.
- Заключение: анализ и обсуждение выявленных недостатков в проведении антибиотикотерапии, а также их недопущение в дальнейшей работе будет способствовать оптимизации политики антибактериальной терапии в педиатрических стационарах и улучшению качества оказываемой медицинской помощи детям.

### **РАННИЕ КРИТЕРИИ ДИАГНОСТИКИ ВРОЖДЕННОЙ И РАННЕЙ ДЕТСКОЙ ФОРМЫ СПИНАЛЬНОЙ АМИОТРОФИИ ВЕРДНИГА-ГОФФМАНА**

**Лоскутова Е.В.**  
**Казанский государственный медицинский университет**  
**Научный руководитель – к.м.н., доц. Осипова Н.В.**

Вступление. Спинальная амиотрофия Вердника-Гоффмана относится к группе прогрессирующих заболеваний нервно-мышечного аппарата с частотой встречаемости 7:100000 новорожденных. Выделяют три формы заболевания: врожденную, раннюю детскую и позднюю. В связи с неуклонно прогрессирующим течением и отсутствием радикальной терапии прогноз неблагоприятен. Поэтому проблема диагностики спинальной амиотрофии Вердника-Гоффмана актуальна в настоящее время.

Целью работы является выявление критериев диагностики врожденной и ранней детской форм спинальной амиотрофии Вердника-Гоффмана.

Материалы и методы. Было проанализировано 7 историй болезни детей в возрасте от 0 до 17 мес., находившихся на лечении в пульмонологическом, педиатрическом и реанимационном отделении ДРКБ. Всех детей мы разделили на 2 группы: дети с появлением первых симптомов заболевания во время внутриутробного периода и в первые три месяца жизни – 5 человек; дети с появлением первых симптомов после трехмесячного возраста – 2 человека.

Результаты.

В ходе исследования были выявлены основные ранние симптомы заболевания в каждой из групп.

Среди детей с первыми проявлениями заболевания ранее трехмесячного возраста: у 3 человек – слабое шевеление плода в III триместре беременности; 4 чел. – снижение мышечного тонуса при рождении; ни один из исследуемых по достижении шестимесячного возраста самостоятельно не сидит, 1 держит голову; у 5 чел. – снижены сухожильные рефлексы с рук; у 3 чел. снижены сухожильные рефлексы с ног, у 2 – отсутствуют; фасцикуляции, бульбарные нарушения – у 1 чел, 2 чел. – контрактуры, деформации конечностей; деформация грудной клетки отмечена у 4 человек.

Среди детей с первыми проявлениями позднее трехмесячного возраста 2 детей держат голову, но самостоятельно никто не сидит, у 2 чел. сухожильные рефлексы с рук снижены, сухожильные рефлексы с ног у 1 чел. снижены, у 1 – отсутствуют, бульбарные нарушения и деформации грудной клетки отмечаются у 1 человека.

С помощью генетического исследования делеция 7-8 экзонов гена SMN, ответственного за развитие заболевания, выявлена у 6 детей.

Вывод: исходя из полученных данных, можно сделать вывод, что между сроками появления первых симптомов заболевания, степенью тяжести и прогнозом на будущее существует прямая зависимость.

### **ПОСТДИСЛОКАЦИОННЫЙ ДИЭНЦЕФАЛЬНЫЙ СИНДРОМ**

**Лоскутова Е.В.**  
**Казанский государственный медицинский университет**  
**Научный руководитель – к.м.н., доц. Осипова Н.В.**

Диэнцефальный синдром – полиэтиологический симптомокомплекс, возникающий при поражении гипоталамической области и характеризующийся вегетативными, эндокринными, обменными и трофическими расстройствами.

Пациент О. в 2011 г находился на оперативном лечении в отделении нейрохирургии ДРКБ по поводу острой внутримозговой гематомы правой затылочной области вследствие разрыва сосудов артерио-венозной мальформации. Состояние при выписке: восстановление движения в правых конечностях, умеренная мышечная гипотония. Отмечается булимия, ожирение с преимущественным отложением жира в верхней половине туловища, повышенная утомляемость, метеочувствительность. На 10.13. планировалось плановое оперативное закрытие дефекта черепа. К госпитализации относится крайне негативно.

12.10.13 г. экстренно госпитализирован в РО ДРКБ. Сознание – кома I. Кожные покровы и слизистые сухие. Гиперпигментация в области естественных кожных складок. Перераспределение жира по кушингоидному типу. Печень + 3 см. Диурез 770 мл/сут. Осмолярность крови до 451,3 ммоль/л; гипернатриемия до 189 ммоль/л, гипергликемия до 20,3 ммоль/л. В биохимическом анализе крови: повышение АЛТ до 340 Ед/л, АСТ до 388 Ед/л; ЛДГ 862 Ед/л (N 250 Ед/л), креатинин 224 мкмоль/л, мочевины 25 ммоль/л. Клубочковая фильтрация 29,1 мл в мин. Цистатин С 1,40 мг/л (N 0,55-1,15).

Гормональный профиль от 14.10.13: тестостерон 0,213 ммоль/л (N до 0,032), кортизол 1229 ммоль/л (N 171-536). Повышение инсулина до 30,8 (2N), С-пептид 6,8 (N 1,1-4,4). Гликемический профиль от 20.10.13: максимальное значение в 18.00 – 33,3 ммоль/л.

Общий анализ мочи от 12.10.13: протеинурия 0,75 г/л, эритроцитурия 250 в п.з., глюкозурия 17 ммоль/л, кетонурия отр. Анализ мочи по Нечипоренко от 20.10.13: лейкоциты 1750, эритроциты 6250, цилиндры в большом количестве.

Спиральная КТ головного мозга от 12.10.13: обширная зона кистозно-глиозных изменений правой височно-теменной области.



Клинический диагноз: АВМ бассейна правой СМА на уровне затылочных ветвей, состояние после спонтанного внутримозгового кровоизлияния в правой гемисфере головного мозга, состояние после курса радиохирургии. Дизэнцефальная дисфункция, кризовое течение. Гиперосмолярная кома. Сахарный диабет II типа, декомпенсированный. Стеатогепатит. Острый ТИН дисметаболический, ОПН-подобный вариант.

### **ТОКСИЧЕСКИЕ ГЕПАТИТЫ У ДЕТЕЙ С ГЕМОБЛАСТОЗАМИ**

**Хусаинова А. Р., Гареева А. М.**  
**Казанский государственный медицинский университет**  
**Научный руководитель – к.м.н., доц. Черезова И. Н.**

Гемобластозы – опухолевые заболевания кроветворной и лимфатической ткани.

Основа лечения гемобластозов – программная полихимиотерапия, направленная на полную эррадикацию опухолевого клона. Однако, противоопухолевые препараты имеют существенные недостатки: отсутствие избирательного действия препарата только на опухоль и необходимость поддерживать высокую терапевтическую дозу, что обуславливает их токсическое действие на органы и ткани. Одним из побочных эффектов является поражение печени.

Цель исследования: анализ причин и динамики течения токсических гепатитов у детей с гемобластомами на фоне проводимой полихимиотерапии.

Методы: проведен ретроспективный анализ историй болезни 123 пациентов, находившихся на лечении в онкогематологическом отделении ДРКБ МЗ РТ с 2009 по 2012 годы. С острым лимфобластным лейкозом было 84 ребенка, лечившихся по протоколу ALL-BFM-2000. Лимфобластная лимфома была диагностирована у 39 больных. Их лечение проводили по протоколу NHL-BFM-95.

У детей, получавших терапию по протоколу ALL-BFM-2000, развитие токсического гепатита отмечалось в 36 случаях (из 84) и наиболее часто было связано с повторным введением препарата цитозар. Диагноз токсического гепатита основывался на клинических признаках (увеличение размеров печени), наличии временной связи выявленных изменений с приемом препарата и результатах исследования функциональных проб печени (повышение уровня трансаминаз до 5–10 норм).

У больных с лимфобластной лимфомой при лечении по протоколу NHL-BFM-95 токсический гепатит возник в 4 случаях (из 39). Наиболее выраженной гепатотоксичностью обладали препараты 6-меркаптопурин и метотрексат, используемые в протоколе, что согласуется с данными литературы.

Таким образом, при лечении пациентов по протоколам ALL-BFM-2000 и NHL-BFM-95 следует учитывать использование в них препаратов с доказанной гепатотоксичностью. Профилактика прогнозируемых гепатотоксических реакций должна проводиться путем дифференцированного назначения гепатопротекторных средств, что является эффективным методом снижения риска развития токсических гепатитов.

### **ПРИМЕНЕНИЕ АГОНISTОВ ОПИОИДНЫХ РЕЦЕПТОРОВ В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ХРОНИЧЕСКИХ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ГАСТРО-ДУОДЕНАЛЬНОЙ ЗОНЫ У ДЕТЕЙ**

**Спиваковская А.Ю.**  
**Саратовский государственный медицинский университет**  
**Научный руководитель – к.м.н., доц. Спиваковский Ю.М.**

Среди эндогенных факторов, принимающих участие в патогенезе воспаления слизистой желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), немаловажная роль принадлежит веществам, вырабатываемым клетками APUD-системы, в т.ч. опиоидным пептидам, которые взаимодействуют с хорошо организованной самостоятельной системой, представленной опиоидными рецепторами.

Цель работы: оценка эффективности применения препарата агониста опиоидных рецепторов тримебутина в комплексном лечении хронических воспалительных заболеваний гастродуоденальной зоны (ГДЗ) у детей.

Тримебутин обладает неспецифическим сродством к периферическим  $\delta$ -,  $\mu$ - и  $\kappa$ -рецепторам и его влияние на моторику ЖКТ обусловлено активацией периферических опиоидных рецепторов.

Основную группу детей, находившихся под наблюдением, составили пациенты с хроническим неэрозивным воспалением ГДЗ (n=34) в стадии обострения, которым в комплекс терапии был включен тримебутин, в возрастной дозировке в течение 2-х недель. Группу сравнения составили 11 детей с аналогичным диагнозом, получавшие стандартный комплекс лечения. Во всех случаях диагноз верифицировался эндоскопически и морфологически, у 10 детей морфологическое исследование проводилось при установке диагноза и после завершения курса лечения. У всех пациентов основной группы и группы сравнения до начала лечения и при окончании курса проводилось исследование в сыворотке крови концентрации серотонина, вазоинтестинального пептида (ВИП), нейромидина, а так же метаболитов оксида азота – нитратов и нитритов.

При проведении анализа полученных результатов было зафиксировано более быстрое купирование болевого абдоминального синдрома в группе детей получавших тримебутин.

При анализе лабораторных показателей выявлены достоверные различия ( $p<0,05$ ) в изменении концентрации серотонина в сыворотке крови у основной группы детей до и после проведенного курса лечения, отмечены достоверные различия концентрации ВИП в основной группе и группе сравнения к моменту завершения курса лечения. Концентрации нитратов в сыворотке крови детей из основной группы, изменялась значительно больше ( $p<0,05$ ), чем в группе сравнения.

Полученные данные свидетельствуют о наличии сложных гуморальных взаимосвязей при формировании хронического воспаления ГДЗ и уточняют роль опиоидной регуляции в этом процессе.

### **КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ АТИПИЧНОГО ГЕМОЛИТИКО-УРЕМИЧЕСКОГО СИНДРОМА У РЕБЕНКА 3 ЛЕТ: ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ЭКУЛИЗУМАБА, ПРОДОЛЖАЮЩЕЕСЯ НАБЛЮДЕНИЕ**

**Куропова Н.Н.**  
**Рязанский государственный медицинский университет**  
**Научный руководитель – к.м.н., асс. Гудков Р.А.**

Атипичный гемолитико-уремический синдром (аГУС) – это заболевание, которое характеризуется микроангиопатической гемолитической анемией с тромбоцитопенией и почечной недостаточностью, и отличается тяжелым течением, склонным к рецидивам, высокой летальностью и риском развития терминальной стадии хронической почечной недостаточности. Наиболее часто заболевание связано с низким уровнем C3 комплемента вследствие мутации в 20 экзоне CFH.

В настоящее время для лечения аГУС предложено использовать препарат экулизумаб, представляющий моноклональные антитела (IgG2/4k), связывающиеся с белком C5 комплемента и подавляющие активацию комплемент-опосредованного лизиса клеток.

К настоящему времени в России лицензирован препарат Солирис, имеются порядка 15 случаев описания по его использованию у детей с аГУС.

Мы наблюдали ребенка, заболевшего аГУС в 2008г. возрасте 3 лет. Заболевание имело тяжёлое, рецидивирующее течение с формированием терминальной почечной недостаточности в течение 1 года, по поводу чего был начат перитонеальный диализ. В 2012г. на фоне рецидива развился панкреонекроз. В декабре 2012г., учитывая тяжелое течение и осложнения заболевания было решено начать терапию препаратом экулизумаба (Солирис). Всего было проведено 4 введения препарата по 300 мг/м<sup>2</sup> с интервалом 1-2 недели. Была отмечена хорошая переносимость лечения. Однако в 2013 г лечение экулизумабом было прекращено из-за развития диализного перитонита и пневмонии, с развитием септического состояния, потребовавшего перевода на гемодиализ.

После стабилизации состояния лечение экулизумабом было возобновлено в феврале 2014 г в режиме 600мг/м<sup>2</sup> с интервалом 2 недели.

Использование экулизумаба может позволить снизить риск рецидивов аГУС и тяжелых осложнений, удлинить период ремиссии заболевания, а также дает возможность отсрочить трансплантацию печени и почек.

## **КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ У ДЕТЕЙ С РЕЦИДИВИРУЮЩИМИ ОБСТРУКТИВНЫМИ БРОНХИТАМИ**

**Утц Д.С., Кубалик А.В., Свистунова Д.А.**  
**Саратовский государственный медицинский университет**  
**Научный руководитель – к.м.н., асс. Кубалик Н.В.**

Течение и прогноз бронхитов во многом зависит от генетических факторов, конституциональных особенностей больного, средовых факторов. Рецидивирующий обструктивный бронхит у детей диагностируется в 5-40% (Таточенко В.К., 2000). Одним из неблагоприятных факторов является недифференцированная дисплазия соединительной ткани (НДСТ). Изменения соединительнотканного каркаса внутренних органов у детей с НДСТ (Арсентьев В.Г., 2011) обуславливают полиорганность поражений, нарушения гомеостаза, нарушение упругости бронхов, трахеобронхиальную дискинезию (Арсентьев В.Г., Баранов В.С., 2009). У детей с дисплазией соединительной ткани отмечается высокая частота аллергических заболеваний, тяжелее и длительнее протекает обструктивный синдром (Прийма Н.Ф., 2011).

Цель работы: выявить частоту и клинические варианты недифференцированных дисплазий соединительной ткани у детей с рецидивирующими обструктивными бронхитами.

Методы: на базе областной детской больницы г.Саратова проведено клинико-лабораторное обследование 68 больных с рецидивирующим течением обструктивного бронхита в возрасте от 3 до 7 лет: 22 (32,4%) девочки и 46 (67,6%) мальчиков.

Результаты: различные варианты недифференцированной дисплазии соединительной ткани выявлены у 34,7% детей: малые аномалии развития сердца (аномальные хорды, пролапс митрального клапана) – 11,5%; изменения костно-суставной системы (воронкообразная деформация грудной клетки, сутулость, плоскостопие) – 7,4%; изменения мочевыводящей системы (пиелозктазии, подвижная почка,) - 16,1%; полисистемная дисплазия - 15 детей (21,8%).

Выводы: Выявлена группа больных рецидивирующим обструктивным бронхитом с диспластическим конституциональным фоном. Особенности строения соединительной ткани у этих детей являются одной из причин рецидивирования заболевания, что требует индивидуального подхода к лечению, назначения препаратов, регулирующих метаболизм соединительной ткани.

## **ПРОПЕДЕВТИКА ВНУТРЕННИХ БОЛЕЗНЕЙ**

### **РАСПРЕДЕЛЕНИЕ ФАКТОРОВ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПРИ НЕПРОПОРЦИОНАЛЬНО ВЫСОКОЙ МАССЕ МИОКАРДА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У ЖЕНЩИН КЛИМАКТЕРИЧЕСКОГО ПЕРИОДА**

**Чибирева М. Д., Юрьева Ю. Ю.**  
**Казанский государственный медицинский университет**  
**Научный руководитель – к.м.н., доц. Садыкова А.Р.**

Цель: изучить распределение факторов риска (ФР) сердечнососудистых заболеваний (ССЗ) у женщин климактерического периода (ЖКП) при непропорционально высокой массе миокарда левого желудочка (НВ ММЛЖ).

Материал, методы. Обследована группа из 107 жительниц г. Казани в возрасте 42-59 лет: 11 женщин с нормальным АД (НАД), 16 – с высоким НАД (ВНАД) и 80 – с АГ по классификации ВНОК (2010) с длительностью АГ 0-34 года. Средний возраст пациенток с АГ – 51,4±4,0 лет. Пациенток с симптоматическими формами АГ исключили. Проводили анкетирование, физикальное исследование (индекс массы тела (ИМТ), окружность талии (ОТ), отношение ОТ к окружности бедер (ОБ)), биохимическое исследование, эхокардиографию на ультразвуковом сканере «SIM 5000 Plus» (Esaote Biomedica, Россия-Италия). Фактическую ММЛЖ рассчитывали по формуле R.B. Devereux et al. (1977) и индексировали к площади поверхности тела. Должную ММЛЖ определяли по формуле G. Simone et al. (1998). По отношению фактической ММЛЖ к должной вычисляли коэффициент диспропорциональности (КД). Пропорциональную ММЛЖ констатировали при КД в пределах 72,1-127,9% (20 чел.), НВ ММЛЖ - при КД>128% (87 чел.), непропорционально низкую ММЛЖ - при КД<72% (0 чел.) по G.Simone et al., 1998. Для оценки значимости различий распределения в группах использовали критерий -2 и точный метод Фишера (ТМФ), средних значений - критерий Манна-Уитни-Вилкоксона (U).

Результаты. Частота встречаемости и средние значения суммарного количества ФР ССЗ от наличия НВ ММЛЖ в группах значимо не различались (p>0,05).

По сравнению с группой лиц с НАД, имеющих НВ ММЛЖ, в группе пациенток с АГ, имеющих НВ ММЛЖ, среди ЖКП обнаружена значимо (по ТМФ) большая доля лиц, имеющих такой ФР ССЗ, как ожирение (49,2% против 0%, p<0,01) и его абдоминальный тип (66,2% против 0%, p<0,001), и отмечаются значимо (по U) более высокие средние значения ОТ (93,9±12,1

см против  $74,7 \pm 8,2$ ,  $p < 0,001$ ), отношения ОТ/ОБ ( $0,82 \pm 0,06$  против  $0,74 \pm 0,05$ ,  $p < 0,001$ ) и ИМТ ( $31,1 \pm 5,3$  кг/м<sup>2</sup> против  $23,7 \pm 2,5$  кг/м<sup>2</sup>,  $p < 0,001$ ).

Вывод. У пациенток с АГ среди ЖКП НВ ММЛЖ ассоциируется со статистически значимо ( $p < 0,01$  по ТМФ) большей частотой такого фактора риска ССЗ, как ожирение и его абдоминальный тип, и со значимо ( $p < 0,001$  по U) более высокими средними значениями ОТ, отношения ОТ/ОБ, ИМТ.

#### **РАСПРЕДЕЛЕНИЕ ПОРАЖЕНИЙ ОРГАНОВ-МИШЕНЕЙ ПРИ НЕПРОПОРЦИОНАЛЬНО ВЫСОКОЙ МАССЕ МИОКАРДА ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА У ЖЕНЩИН КЛИМАКТЕРИЧЕСКОГО ПЕРИОДА**

**Самигуллина А.Р., Матвеева В. Л.**

**Казанский государственный медицинский университет**

**Научный руководитель – к.м.н., доц. Садыкова А. Р., к.м.н., асс. Шамкина А.Р.**

Цель: изучить распределение поражений органов-мишеней (ПОМ) у женщин климактерического периода при непропорционально высокой массе миокарда левого желудочка (НВ ММЛЖ).

Материал и методы. Обследована группа из 107 жительниц г. Казани в возрасте 42-59 лет: 11 женщин с нормальным АД (НАД), 16 пациенток с высоким НАД (ВНАД) и 80 пациенток с АГ по классификации ВНОК (2010) с длительностью АГ – 0-34 года. Средний возраст пациенток с АГ составил  $51,4 \pm 4,0$  лет. Из исследования исключали пациенток с симптома-тическими формами АГ. Обследованным проводили анкетирование, физикальное исследование, биохимическое исследование крови (содержание креатинина), эхокардиографию, ультразвуковое исследование экстракраниальных сосудов шеи. Клиренс креатинина определяли по формуле Кокрофта-Гаулта. Фактическую ММЛЖ рассчитывали по формуле R.B. Devereux et al. (1977) и индексировали к площади поверхности тела (ИММЛЖ). Должную ММЛЖ определяли по формуле G. Simone et al. (1998). По отношению фактической ММЛЖ к должной вычисляли коэффициент диспропорциональности (КД). Пропорциональную ММЛЖ констатировали при КД в пределах 72,1-127,9% (20 человек), НВ ММЛЖ - при КД >128% (87 человек), непропорционально низкую ММЛЖ - при КД <72% (0 человек) [G. Simone et al., 1998]. Гипертрофию левого желудочка (ГЛЖ) оценивали по признаку Соколова-Лайона и ИММЛЖ > 110 г/м<sup>2</sup> (Эхо-КГ-ГЛЖ). Для оценки значимости различий распределения в группах использовали критерий -2 и точный метод Фишера (ТМФ), средних значений - критерий Манна-Уитни-Вилкоксона (U).

Результаты. По сравнению с группой пациенток с ВНАД в группе пациенток с АГ среди женщин климактерического периода выявлена значимо (по ТМФ), большая частота ПОМ (73,8% против 0%,  $p < 0,01$ ), в том числе Эхо-КГ-ГЛЖ (67,7% против 0%,  $p < 0,02$ ), и отмечаются значимо ( $p < 0,01$  по критерию U) более высокие средние значения суммарного количества ПОМ ( $0,80 \pm 0,54$  против  $0,0 \pm 0,0$ ).

Вывод. У пациенток с АГ среди женщин климактерического периода непропорционально высокая масса миокарда левого желудочка ассоциируется со статистически значимо ( $p < 0,01$  по точному методу Фишера) большей частотой поражений органов-мишеней, в том числе эхокардиографических признаков гипертрофии левого желудочка, и со значимо ( $p < 0,01$  по критерию U) более высокими средними значениями их суммарного количества.

#### **ПРИМЕНЕНИЕ МЕТОДОВ ТРАДИЦИОННОЙ МЕДИЦИНЫ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПЕЧЕНИ У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ**

**Кириллова М.В., Абдразакова Д.А., Назарова О.С.**

**Казанский государственный медицинский университет**

**Научный руководитель – к.м.н., доц. И.М. Каримов**

Болезни печени выходят на одно из первых мест по распространенности и в настоящее время являются пятой по частоте причиной смертности населения во многих развитых странах. Рост заболеваемости хроническими заболеваниями печени называют «второй эпидемией нашего века» после «эпидемии» сердечно-сосудистой патологии и он в 100 раз превышает распространённость ВИЧ-инфекции.

В то же время, артериальная гипертензия (АГ), являясь одним из самых распространённых заболеваний сердечно-сосудистой системы, достигает 50% в старших возрастных группах.

Представляется целесообразным применение методов традиционной медицины в комплексном лечении указанных патологий.

Цель исследования: изучить применение методов традиционной медицины в лечении заболеваний печени у пациентов с АГ.

Задачи: определить наиболее эффективные методы традиционной медицины лечения заболеваний печени, применимых у пациентов с АГ.

Методы исследования: обзор отечественной и зарубежной литературы за 2000-20013 гг.

В настоящей работе определено значение методов традиционной медицины при лечении заболеваний печени у пациентов с АГ. Проведена сравнительная характеристика методов традиционной медицины в зарубежных странах и России. Указаны особенности применения методов традиционной медицины с учетом классификации АГ. Указаны основные направления применения методов традиционной медицины в целях профилактики данных патологий.

#### **ПРИМЕНЕНИЕ МЕТОДОВ ТРАДИЦИОННОЙ МЕДИЦИНЫ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ И ЖЕЛЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ**

**Ляхова Е.А., Ключкина М.В., Шакиров И.И.**

**Казанский государственный медицинский университет**

**Научный руководитель – к.м.н., доц. И.М. Каримов**

Распространённость заболеваний желчного пузыря и дискинезии желчевыводящих путей (ДЖВП) - 20% у женщин и 10% - у мужчин, - в настоящее время сравнима с патологией сердечно-сосудистой системы, в частности, с артериальной гипертензией (АГ).

В то же время, сочетание патологии желчного пузыря и АГ у одного пациента достигает 12-15%.

Актуальность применения методов традиционной медицины в комбинированном лечении патологии желчного пузыря и ДЖВП у пациентов с АГ не вызывает сомнений

Цель исследования: изучить основные направления лечения желчного пузыря и ДЖВП методами традиционной медицины у пациентов с АГ.

Задачи: определить основные показания и варианты применения методов традиционной медицины в терапии заболеваний желчного пузыря и ЖВП у пациентов с АГ.

Методы исследования: обзор отечественной и зарубежной литературы за 2000-20013 гг.

Данная работа посвящена изучению основных показаний и особенностей применения методов традиционной медицины в лечении заболеваний желчного пузыря и ДЖВП у пациентов с АГ. Представлены данные о целесообразности комбинированной терапии указанных патологий. Показаны основные направления применения методов народной медицины в России и за рубежом. Определены возможности использования методов традиционной медицины в профилактических целях.

## **ПРИМЕНЕНИЕ МЕТОДОВ ТРАДИЦИОННОЙ МЕДИЦИНЫ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ**

**Фатхуллина Г. Р., Гильфанова А.Р., Каримова М.Р.**  
**Казанский государственный медицинский университет**  
**Научный руководитель – к.м.н., доц. И.М. Каримов**

В современной медицине лечение заболеваний поджелудочной железы остается одной из самых актуальных и сложных проблем. В первую очередь это связано с существенной распространенностью этого вида заболеваний и неуклонным ростом частоты их возникновения.

Данные экспертов ВОЗ (2012) показали, что за последние 5 лет распространенность заболеваний поджелудочной железы увеличилась с 10,1% до 13,7%.

Артериальная гипертензия (АГ) является одним из основных факторов риска ишемической болезни сердца, которая, в свою очередь, является основной причиной смертности от инфаркта и инсульта. Например, смертность от ИБС в СССР в 1988-1989 гг. оказалась самой высокой в мире.

Нетрадиционные методы лечения не всегда приводит к оптимальному результату, поэтому, в настоящее время, всё большее внимание уделяется методам традиционной медицины в комбинированном лечении заболеваний органов пищеварения и сердечно-сосудистой системы..

Цель исследования: изучить данные современной медицины об эффективности применения методов традиционной медицины при лечении патологии поджелудочной железы у пациентов с заболеваниями сердечно-сосудистой системы, в частности, с АГ.

Задачи: определить целесообразность и эффективность применения методов традиционной медицины при лечении заболеваний поджелудочной железы у пациентов с АГ.

Методы исследования: обзор отечественной и зарубежной литературы за 2000-20013 гг.

Настоящая работа посвящена изучению возможности применения методов традиционной медицины при лечении заболеваний поджелудочной железы у пациентов с АГ. Изложены особенности использования методов традиционной медицины в экономически развитых странах мира и в России. Рассмотрены особенности применения методов традиционной медицины в зависимости от наличия сопутствующих заболеваний. Определены возможности использования методов традиционной медицины в профилактических целях.

## **ПОВЫШЕННАЯ СКОРОСТЬ $Na^{+}-Li^{+}$ -ПРОТИВОТРАНСПОРТА И ДРУГИЕ МАРКЁРЫ КАРДИАЛЬНОГО СИНДРОМА X**

**Борисов Д.В.**  
**Казанский государственный медицинский университет**  
**Научный руководитель – д.м.н., проф. Ослопов В.Н.**

Актуальность. Заболевания сердечно-сосудистой системы являются ведущей причиной инвалидизации и смертности взрослого населения. Одной из форм сердечно-сосудистых заболеваний является кардиальный синдром X (КСХ). КСХ – это патологическое состояние, характеризующееся наличием признаков ишемии миокарда на фоне отсутствия атеросклероза коронарных артерий и спазма эпикардиальных венечных артерий при коронарной ангиографии (КАГ). Единое мнение о причинах возникновения данного заболевания и патогенетических механизмах, лежащих в его основе, отсутствует, вследствие чего диагностика КСХ затруднена. Окончательное суждение о наличии КСХ происходит после проведения КАГ. Однако проведение данной процедуры вызывает опасения у ряда больных, в связи с чем возникает потребность в поиске маркёров КСХ, которые могли бы стать аргументом в пользу проведения КАГ.

Цель исследования. Рассмотреть определение скорости  $Na^{+}-Li^{+}$ -противотранспорта ( $Na^{+}-Li^{+}$ -ПТ) и другие биохимические маркёры КСХ как предпосылки для проведения КАГ в ходе диагностики данного заболевания.

Метод: анализ отечественной и зарубежной литературы.

Полученные результаты. Были получены данные о том, что скорость  $Na^{+}-Li^{+}$ -ПТ значительно выше у 97,5% пациентов с КСХ по сравнению с контрольной группой ( $635 \pm 200$  против  $324 \pm 49$  мкмоль/л/ч,  $p=0,001$ ). Также сообщается, что концентрации С-реактивного белка и антагониста рецептора интерлейкина-1 в крови у пациентов с КСХ значительно превышают нормальные показатели, определяемые у здоровых людей.

Согласно данным отечественных авторов, у пациентов с КСХ в большинстве случаев обнаруживается сочетание выраженной тканевой инсулинорезистентности с вторичной гиперинсулинемией, причем пероральный глюкозотолерантный тест и инсулиновый тест толерантности с определением глюкозы в крови и слюне были одинаково информативны в диагностике инсулинорезистентности (Алексеева О.П., Долбин И.В.). Рассматривались также уровни серотонина и его метаболитов в тромбоцитах у больных с КСХ (Соболева Г.Н. и соавторы). Они оказались достоверно выше, чем в контрольной группе, то есть выше общепринятых норм ( $6-21$  ммоль/л).

Выводы. Определение скорости  $Na^{+}-Li^{+}$ -ПТ, как и других маркёров КСХ, может эффективно применяться в комплексной диагностике данного заболевания.

## **ИЗУЧЕНИЕ СКОРОСТИ $Na^{+}-Li^{+}$ -ПРОТИВОТРАНСПОРТА В ИССЛЕДОВАНИЯХ, ПРОВОДИМЫХ ЗА РУБЕЖОМ**

**Борисов Д.В.**  
**Казанский государственный медицинский университет**  
**Научный руководитель – д.м.н., проф. Ослопов В.Н.**

Актуальность. Гипертоническая болезнь (ГБ) – одно из самых распространенных заболеваний сердечно-сосудистой системы. Одним из подходов к пониманию причин возникновения ГБ служит мембранная теория, предложенная Ю.В. Постновым в 1975 году. Для изучения функционального состояния клеточных мембран было предложено изучать скорости

движения ионов в мембране клетки. Наиболее удобным методом оказался метод изучения скорости  $\text{Na}^+/\text{Li}^+$ -противотранспорта ( $\text{Na}^+/\text{Li}^+$ -ПТ) в мембране эритроцита, предложенный M.Canessa в 1980 году. Многие вопросы мембранной концепции ГБ были предметом исследования кафедры пропедевтики внутренних болезней Казанского государственного медицинского университета, где с помощью измерения скоростей  $\text{Na}^+/\text{Li}^+$ -ПТ проводилось изучение развития ГБ в популяции. Методика измерения скорости  $\text{Na}^+/\text{Li}^+$ -ПТ оказалась довольно полезной и информативной при проведении самых разнообразных исследований.

Цель исследования. Рассмотреть ключевые зарубежные исследования, в основе которых лежит изучение скорости  $\text{Na}^+/\text{Li}^+$ -ПТ в мембране эритроцита.

Методы. Обзор зарубежной литературы по данной тематике по базам данных PubMed.

Полученные результаты. Часть опубликованных статей посвящена изучению генов, регулирующих работу  $\text{Na}^+/\text{Li}^+$ -переносчика. В частности, описаны исследования генов SLC34A2 (позиционный ген-кандидат), NEDD4L (позиционный и функциональный ген-кандидат) и SLC20A1 (кодирует  $\text{Na}^+$ -зависимый котранспортер фосфата). Также опубликовано множество статей, посвященных исследованию скорости  $\text{Na}^+/\text{Li}^+$ -ПТ у пациентов, страдающих диабетом I и II типов, диабетической нефропатией. Была выявлена обратная корреляция между скоростью  $\text{Na}^+/\text{Li}^+$ -ПТ и уровнями адипонектина и ретинол-связывающего белка 4 (Elias и соавторы). Еще в одном исследовании утверждается, что скорость  $\text{Na}^+/\text{Li}^+$ -ПТ значительно выше у пациентов с дислипидемией по сравнению с пациентами, страдающими ГБ (Savopoulos и соавторы). В 10-летнем проспективном исследовании оценивалась взаимосвязь скоростей  $\text{Na}^+/\text{Li}^+$ -ПТ с риском развития ГБ у детей (Му и соавторы).

Выводы. Творческое развитие мембранной концепции ГБ и исследование скорости  $\text{Na}^+/\text{Li}^+$ -ПТ позволяют создавать новые подходы в диагностике, профилактике и лечении заболеваний человека.

## **ИОНТРАНСПОРТНАЯ ФУНКЦИЯ КЛЕТОЧНЫХ МЕМБРАН У БОЛЬНЫХ С СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ С СОХРАНЁННОЙ ФУНКЦИЕЙ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА**

**Газизянова В.М.**

**Казанский государственный медицинский университет**

**Научный руководитель – д.м.н., проф. Булашова О.В., к.м.н., асс. Хазова Е.В.**

В настоящее время вследствие появления новых подходов к лечению сердечно-сосудистых заболеваний отмечается увеличение продолжительности жизни, что обуславливает рост распространенности хронической сердечной недостаточности (ХСН). Основные причины ХСН - артериальная гипертензия (АГ) и ишемическая болезнь сердца (ИБС). Согласно теории Ю.В. Постнова в основе АГ - нарушение функции мембраны клетки, ионотранспортная функция которой определяется по скорости  $\text{Na}^+/\text{Li}^+$ -противотранспорта (СНЛП). Цель. Изучить СНЛП мембраны клетки у больных с ХСН с сохранённой функцией левого желудочка (ЛЖ). Объект и методы исследования. Всего 73 пациента, I – 3%, II – 39%, III – 49% и IV – 9% функционального класса (ФК) ХСН. Состояние клеточной мембраны оценивали по СНЛП по методу M. Canessa с анализом распределения: I квартиль (КВ) – 50–206 мкмоль  $\text{Li}$  на 1л клеток в час, II – 207–276, III – 277–347, IV – 348–600. Сохранённая функция ЛЖ - фракция выброса более 45%. Результаты. Средняя величина СНЛП – 330 мкмоль  $\text{Li}$  на 1л клеток в час. При ХСН средняя величина СНЛП больше, чем у здоровых (II ФК – 294±84, III – 341±87 и IV – 273±49 мкмоль  $\text{Li}$  на 1л клеток в час,  $p<0,001$ ). Распределение в КВ: I – 5,5%, II и III – 27,4% и 28,6%, IV – 38,5%. Большинство больных I КВ были мужчины (75%) II и III ФК (50%) с ХСН на фоне ИБС (75%). Во II и III КВ мужчин и женщин было равное количество, в основном II и III ФК (44% и 39%; 48% и 37% соответственно). Во II КВ НЛП IV ФК ХСН наблюдался в 17%, I – 5%. У пациентов II и III КВ реже была АГ (35%). В IV КВ преобладали женщины (72%) преимущественно II и III ФК (33%, 44%), с ИБС в сочетании с АГ (65%). Выводы. 1. Средняя величина СНЛП больше у больных ХСН, чем у здоровых. 2. Для больных I КВ (низкая скорость НЛП) характерны мужской пол и II и III ФК ХСН на фоне ИБС. 3. Для больных II и III КВ (умеренная скорость НЛП) – равное соотношение мужчин и женщин, II и III ФК ХСН на фоне ИБС в сочетании с АГ. 4. Для больных IV квартиля (высокая скорость НЛП) – женский пол, II и III ФК ХСН на фоне ИБС в сочетании с АГ.

## **МЕТАБОЛИЧЕСКИЕ ТИПЫ ПИТАНИЯ**

**Петров Ю.В.**

**Рязанский государственный медицинский университет**

**Научный руководитель – к.м.н., асс. Жесткова Т.В.**

Ожирение и избыточный вес являются распространенными нарушениями обмена веществ и серьезными социальными проблемами человечества. Для коррекции веса можно использовать диету, подобранную в зависимости от типа метаболизма человека, для определения которого существуют различные методы (генетические, биохимические и другие). Диетолог, доктор медицины W. Wolcott предложил провести тест для определения своего типа метаболизма: белкового, углеводного или смешанного.

Цель исследования.

Изучить наличие и распределение метаболических типов питания в группе студентов и оценить индекс массы тела в соответствии с этими типами питания.

Материалы и методы.

В исследовании приняли участие 38 студентов медицинского университета в возрасте от 20 до 24 лет ( $21\pm0,22$ ). Соотношение мужчины/женщины – 14/24. Все студенты были анкетированы по тесту для определения метаболического типа питания из книги «The Metabolic Typing Diet», by W. Wolcott, 2000, в переводе к.м.н. Куприенко А.В. Так же проведено исследование веса и роста. Различия между выборками оценивалось по U-критерию Манна-Уитни.

Результаты.

В результате проведенного исследования студенты распределены в 3 группы. Группа А (углеводный тип) – 16,22% (мужчины/женщины – 2/4). Группа В (смешанный тип) – 64,86% (6/16). Группа С (белковый тип) – 18,92% (5/2). У студентов с углеводным типом питания А не было отмечено нарушения индекса массы тела, в отличие от студентов с белковым типом питания С, только 28,6% ( $p<0,01$ ) которых имели нормальный индекс массы тела. Также достоверные отличия ( $p<0,01$ ) выявлены между группами студентов со смешанным В (75% – нормальный индекс 12,5% – избыточная масса тела, 12,5% – дефицит массы) и белковым С (71,4% – ожирение и избыточная масса) типами питания.

Закключение:

1. В результате исследования выяснилось, что группу студентов можно распределить по трем метаболическим типам питания с помощью анкетирования «The Metabolic Typing Diet».

2. Каждый пятый студент страдает избыточной массой тела или ожирением (21,62%).

3. Наибольшие отклонения индекса массы тела наблюдались в группе студентов с белковым типом питания С – 13,5% от общего количества обследуемых.

4. Определение типов питания можно использовать для диетических рекомендаций, людям страдающим ожирением или избыточным весом.

### **ОСОБЕННОСТИ ГЕМОСТАЗА У БОЛЬНЫХ ПСОРИАЗОМ**

**Юсифова Ч. В.**

**Казанский государственный медицинский университет**

**Научный руководитель – к.м.н., асс. Газиев А.Р.**

Псориаз представляет собой хронический рецидивирующий дерматоз, распространенность которого в популяции составляет 0,1-7%. В последние годы отмечается рост заболеваемости псориазом, в том числе тяжелых форм дерматоза, рефрактерных к терапии. Поражая кожные покровы, опорно-двигательный аппарат, дерматоз оказывает негативное влияние на качество жизни пациентов, что определяет не только медицинскую, но и социальную значимость данной проблемы. Высокая частота псориаза, неуклонный рост заболеваемости, особенно тяжелых его форм, существенное снижение качества жизни у большинства больных, развитие у них психологических и социальных проблем - все это придает вопросам изучения разнообразных системных нарушений и терапии данного дерматоза большую актуальность.

Цель. Оценить состояние системы гемостаза у больных с псориазом.

Методы исследования. Проведено исследование системы гемостаза у 27 человек, из них у 15 больных псориазом (распространенные формы псориаза) в возрасте от 26 до 64 лет. Контрольную группу (12 чел.) составили здоровые люди в возрасте 19 - 57 лет. Исследование проведено с использованием анализатора показателей гемостаза АПГ 2-02 ЭМКО (ООО "Эмко" г. Москва).

Полученные результаты. Для каждого члена групп были проведены измерения показателей гемостаза (протромбиновый тест (ПВ, ПО, МНО, % по Квику, АЧТВ / АПТВ (время, отношение), тромбиновое время (время, отношение), концентрация фибриногена по Клаусу (в г/л), время свертывания (произвольный режим). В проведенном исследовании установлено, что у больных псориазом показатели системы гемостаза превышают значения в контрольной группе ( $p < 0,05$ ), что проявляется гиперкоагуляцией, а значит ухудшением микроциркуляции.

Заключение. Проведенное исследование позволяет утверждать, что у больных псориазом имеются нарушения системы гемостаза, в частности плазменного звена гемостаза, что требует проведения гемостазкорректирующей терапии.

### **СПОСОБ ДИАГНОСТИКИ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА У ДЕТЕЙ**

**Сурьмашева Э.М.**

**Казанский государственный медицинский университет**

**Научный руководитель – к.м.н., асс. Газиев А.Р.**

Атопический дерматит (АтД) - хроническое воспалительное заболевание кожи, сопровождающееся зудом, которое в типичных случаях начинается в раннем детском возрасте, может продолжаться или рецидивировать в зрелом возрасте. Структурно-функциональной единицей живого организма является клетка, основу функционирования и жизнедеятельности которой определяет клеточная мембрана. Клеточная мембрана обеспечивает избирательное проникновение в клетку и обратно молекул и ионов, необходимых для выполнения клеткой ее специфических функций, поддерживает трансмембранную разницу электрического потенциала, специфику межклеточных контактов. Перенос ионов через клеточную мембрану с помощью переносчиков белковой структуры, включающий активный транспорт и облегченную диффузию, является неотъемлемой частью жизнедеятельности всех клеток организма человека в норме и при патологии.

Цель. Оценить скорость натрий-литиевого противотранспорта ( $\text{Na}^+ - \text{Li}^+$ ) в мембране эритроцита у детей с АтД.

Методы исследования. В исследовании принимали участие 25 детей. Из них 14 детей больных с АтД и 11 детей - контрольная группа. Скорость  $\text{Na}^+ - \text{Li}^+$  - противотранспорта оценивали по методу М. Canessa.

Полученные результаты. В результате проведенных исследований установлено, что у больных детей с диагнозом АтД скорость  $\text{Na}^+ - \text{Li}^+$  - противотранспорта достоверно ( $p > 0,01$ ) превышает значение в контрольной группе. Для каждого члена групп были проведены измерения скорости  $\text{Na}^+ - \text{Li}^+$  - противотранспорта в мембранах эритроцитов, и было установлено, что у членов контрольной группы указанная скорость была ниже порогового значения, а у членов испытуемой группы в зависимости от тяжести заболевания она была выше. При значении скорости  $\text{Na}^+ - \text{Li}^+$  - противотранспорта превышающем 258  $\text{mkMLi/l}$  кл./час диагностировали АтД у детей. Пороговое значение скорости натрий-литиевого противотранспорта в мембране эритроцита, равное 258  $\text{mkMLi/l}$  кл./час было определено на основе сопоставления значений скорости у контрольной группы здоровых пациентов и у детей больных АтД.

Заключение. По результатам исследования получен патент на изобретение № 2459210 "Способ диагностики атопического дерматита у детей".

### **КОМПЛАЕНТНОСТЬ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ**

**Харисова Э.Х.**

**Казанский государственный медицинский университет**

**Научный руководитель – д.м.н., проф. Булашова О.В., асс. Хазова Е.В.**

Эффективность медикаментозного лечения (МЛ) зависит не только от оптимального выбора лекарственных средств, но и от соблюдения больным предписанной терапии – комплаентности. Приверженность МЛ определяется многими факторами, в том числе, возможно, и функцией мембраны клетки, определяемой по скорости  $\text{Na}^+ - \text{Li}^+$ -противотранспорта (ПТТ).

Цель: оценить комплаентность в лечении больных с хронической сердечной недостаточностью (ХСН) во взаимосвязи с величиной скорости  $\text{Na}^+ - \text{Li}^+$  -ПТТ.

Обследовано 175 пациентов с ХСН I-IV ФК. Скорость  $\text{Na}^+ - \text{Li}^+$ -ПТТ в мембране эритроцита определялась по М. Canessa (1980). Собрана информация о МЛ в начале исследования и через 1 год наблюдения. Лечение подбиралось пациентам исходя из клинической ситуации, независимо от величины скорости  $\text{Na}^+ - \text{Li}^+$  -ПТТ.

Анализ терапии ХСН до включения в исследование показал, что 55% пациентов принимали 2 препарата, 32% – 1, 13% – без МЛ. Ингибиторы АПФ и сартаны (АРА) получали 68% пациентов, б-блокаторы (БАБ) – 44%, антиагреганты – 35%. Реже использовались статины – 7%, диуретики – 27%. Нитраты и сердечные гликозиды (СГ) – по 16%, антагонисты кальция (АК) – 18%. Опрос 79 пациентов через год показал, что количество больных на монотерапии уменьшилось до 24% за счет увеличения комбинации препаратов (на 11%) и сокращения лиц без терапии (10 %). Отмечено уменьшение доли пациентов,

принимающих иАПФ и АРА на 15%, БАБ на 18%. В то же время произошло повышение использования нитратов и антиагрегантов на 6%. Применение диуретиков и АК не изменилось.

Анализ величины скорости  $\text{Na}^{+}\text{-Li}^{+}$  -ПТ по квартилям (КВ) показал, что в течение года пациенты I КВ на 40% чаще применяли иАПФ и дезагреганты на фоне снижения приёма БАБ на 60%. Во II КВ использование иАПФ сократилось на 44%, БАБ – на 23%, увеличилось потребление АК на 17%, нитратов – на 6%, антиагрегантов – на 28%. У больных III КВ применение иАПФ снизилось на 28%, БАБ – на 22%. При высокой скорости  $\text{Na}^{+}\text{-Li}^{+}$  -ПТ использование иАПФ не изменилось в течение года, БАБ перестали употреблять 35% больных, применение антиагрегантов повысилось в 2, АК – в 1,5 раза.

Таким образом, выявлена низкая приверженность к терапии у больных ХСН при отсутствии динамического контроля. Комплаентность у лиц I и IV КВ выше к иАПФ, II и III КВ – к БАБ.

## **РАСПРЕДЕЛЕНИЕ ПОРАЖЕНИЙ ОРГАНОВ-МИШЕНЕЙ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ УРОВНЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ**

**Валиева, Ганибаева Г.С.**  
**Казанский государственный медицинский университет**  
**Научный руководитель – к.м.н., асс. Шамкина А.Р.**

Цель: изучить распределение поражений органов-мишеней (ПОМ) у женщин репродуктивного возраста в зависимости от уровня артериального давления (АД).

Материал и методы. Обследована группа из 155 женщин - жительниц г. Казани: 30 женщин в возрасте 29-45 лет ( $39,0 \pm 4,9$  лет) с нормальным АД без указания на подъёмы АД в анамнезе и 125 пациенток в возрасте 21-46 лет ( $40,1 \pm 4,9$  лет) с длительностью артериальной гипертензии (АГ) 0,5 года - 28 лет ( $10,4 \pm 7,9$  лет). Пациентки были распределены на группы согласно классификации ВНОК (2010): высокое нормальное АД (ВНАД) - 36 человек, АГ I - 30 человек, АГ II - 35 человек, АГ III - 24 человека. Средний возраст пациенток с АГ составил  $40,3 \pm 4,9$  лет. Из исследования исключали пациенток с симптоматическими формами АГ. Обследованным проводили анкетирование, физикальное исследование, биохимическое исследование крови (содержание креатинина), электрокардиографию, эхокардиографию. Клиренс креатинина определяли по формуле Кокрофта-Гаулта. Электрокардиограмму регистрировали в 12 стандартных отведениях. Эхокардиографию проводили на ультразвуковом сканере «SIM 5000 Plus» ( Esaote Biomedica, Россия-Италия). Гипертрофию левого желудочка оценивали по признаку Соколова-Лайона и индексу массы миокарда левого желудочка  $> 110 \text{ г/м}^2$  [Devereux R.B. et al., 1984]. Для оценки значимости различий распределения в группах использовали критерий -2 и точный метод Фишера (ТМФ), средних значений - критерий Манна-Уитни-Вилкоксона (U).

Результаты. В группе пациенток с АГ III, по сравнению с группой пациенток с ВНАД, обнаружена значимо ( $p < 0,01$  по ТМФ) большая доля лиц, имеющих ПОМ ( $45,8\%$  против  $13,9\%$ ), и отмечается значимо ( $p < 0,05$  по критерию U) более высокое среднее значение суммарного количества ПОМ ( $0,46 \pm 0,51$  против  $0,14 \pm 0,35$ ).

Вывод. Среди женщин репродуктивного возраста высокая степень артериальной гипертензии ассоциируется со статистически значимо ( $p < 0,01$  по точному методу Фишера) большей частотой и со значимо ( $p < 0,05$  по критерию U) более высоким средним значением суммарного количества поражений органов-мишеней.

## **ПРОЛАПС МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА У ЖЕНЩИН С АНТИФОСФОЛИПИДНЫМ СИНДРОМОМ**

**Шиляева О.Е.**  
**Казанский государственный медицинский университет**  
**Научный руководитель – к.м.н., асс. Чугунова Д.Н.**

Цель. Изучить частоту встречаемости пролапса митрального клапана у женщин с антифосфолипидным синдромом.

Материалы и методы. В исследование было включено 50 женщин с антифосфолипидным синдромом в возрасте от 18 до 40 лет, средний возраст  $35 \pm 1,3$  года и 30 здоровых женщин того же возраста, средний возраст  $26 \pm 1,5$  лет. Наличие антифосфолипидного синдрома устанавливалось согласно результатам гемостазиограммы, выявлению циркуляции в крови волчаночного антикоагулянта и антител к кардиолипину. Всем обследуемым проводилась электрокардиография и эхокардиография. Статистическую обработку материала проводили с использованием программы Microsoft Excel 7.0 и пакета прикладных программ Statistika 6.0.

Результаты. В результате анализа полученных данных выявлено, что у женщин с антифосфолипидным синдромом частота встречаемости пролапса митрального клапана достоверно выше, чем у женщин без антифосфолипидного синдрома ( $0,18$  и  $0,03$ ;  $p < 0,05$ ).

Выводы. Существует ассоциация частоты встречаемости пролапса митрального клапана у женщин с наличием у них антифосфолипидного синдрома.

## **СТРАТИФИКАЦИЯ РИСКА РАЗВИТИЯ ОСЛОЖНЕНИЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ УРОВНЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ**

**Хафизова Л.С., Уразманова А.А.**  
**Казанский государственный медицинский университет**  
**Научный руководитель – к.м.н., асс. Шамкина А.Р.**

Цель: провести стратификацию риска развития осложнений артериальной гипертензии (АГ) в ближайшие 10 лет у женщин репродуктивного возраста в зависимости от уровня артериального давления (АД).

Материал и методы. Обследована группа из 155 женщин - жительниц г. Казани: 30 женщин в возрасте 29-45 лет ( $39,0 \pm 4,9$  лет) с нормальным АД без указания на подъёмы АД в анамнезе и 125 пациенток в возрасте 21-46 лет ( $40,1 \pm 4,9$  лет) с длительностью АГ 0,5 года - 28 лет. Пациентки были распределены на группы согласно классификации ВНОК (2010): высокое нормальное АД (ВНАД) - 36 человек, АГ I - 30 человек, АГ II - 35 человек, АГ III - 24 человека. Средний возраст пациенток с АГ -  $40,3 \pm 4,9$  лет. Из исследования исключали пациенток с симптоматическими формами АГ. Обследованным проводили анкетирование, физикальное исследование, биохимическое исследование крови (содержание глюкозы, общего холестерина, креатинина), электрокардиографию, эхокардиографию. Стратификацию риска развития осложнений АГ (инфаркта миокарда или мозгового инсульта) в ближайшие 10 лет проводили в соответствии с классификацией ВНОК (2010). Для оценки значимости различий распределения в группах использовали критерий -2 и точный метод Фишера (ТМФ), средних значений - критерий Манна-Уитни-Вилкоксона (U).

Результаты. В группе пациенток с АГ III, по сравнению с группой пациенток с ВНАД, обнаружена значимо ( $p < 0,001$  по ТМФ) большая доля лиц, имеющих очень высокий дополнительный риск ( $91,7\%$  против  $0\%$ ) и отмечается значимо ( $p < 0,001$  по

критерию U) более высокое среднее значение степени риска развития осложнений АГ в ближайшие 10 лет ( $3,96 \pm 0,20$  против  $1,28 \pm 0,81$ ).

Вывод. Среди женщин репродуктивного возраста высокая степень АГ ассоциируется со статистически значимо ( $p < 0,001$  по точному методу Фишера) большей частотой очень высокого дополнительного риска и со значимо ( $p < 0,001$  по критерию U) более высоким средним значением степени риска развития осложнений АГ в ближайшие 10 лет.

## **ПРИБРЕТЕННОЕ УДЛИНЕНИЕ ИНТЕРВАЛА QT ЭКГ С ПОЗИЦИИ МЕМБРАННОЙ ТЕОРИИ ПАТОЛОГИИ ЧЕЛОВЕКА**

**Афанасьева Т.Ю., Зиганшина Г.Р., Бердникова Е.А.**  
**Казанский государственный медицинский университет**  
**Научный руководитель – д.м.н., проф. Ослопов В.Н.**

Среди возможных причин внезапной сердечной смерти важное место занимает индуцированное лекарственными средствами удлинение интервала QT на ЭКГ в связи с развитием на этом фоне torsades de pointes. Изменения интервала QT обусловлены движением ионов  $K^+$  и  $Na^+$  по ионным каналам и, соответственно, связаны с функциональным состоянием клеточной мембраны. Ранее проведенные исследования показали, что кардиотоксичность препаратов ассоциирована с величиной скорости  $Na^+-Li^+$ -противотранспорта ( $Na^+-Li^+-ПТ$ ): при высоких его скоростях наблюдается существенное удлинение интервала QT. Известно, что существует неодинаковая «сцепка» полиморфизмов различных генов с квантилями скорости  $Na^+-Li^+-ПТ$ , что позволяет предположить, что могут существовать и особенности «сцепки» генов LQT, лежащих в основе развития как врожденного, так и приобретенного удлинения интервала QT, со шкалой величин скорости  $Na^+-Li^+-ПТ$ . В связи с вышесказанным целесообразно исследование приобретенного удлинения интервала QT под влиянием различных лекарственных препаратов и других факторов с позиций функционального состояния клеточных мембран, оцениваемого с помощью скорости  $Na^+-Li^+-ПТ$  в мембране эритроцита, а также исследование в популяции и в ассоциации с квантилями  $Na^+-Li^+-ПТ$  генетического полиморфизма тех генов, которые имеют отношение к удлинению интервала QT у лиц с врожденными формами синдрома удлинения QT-интервала: KCNQ1, KCNH2, SCN5A, ANK2, KCNE1, KCNE2, KCNJ2, CACNA1c, CAV3, SCN4B, AKAP9, SNTA1.

## **ЭЛЕКТРИЧЕСКИЕ БОЛЕЗНИ МИОКАРДА**

**Царькова Е.В., Борисов Д.В.**  
**Казанский государственный медицинский университет**  
**Научный руководитель – к.м.н., доц. Ослопова Ю.В.**

Ежегодно до 7 миллионов человек в мире умирают от внезапной сердечной смерти, причиной которой, как правило, являются нарушения сердечного ритма и, в частности, полиморфная желудочковая тахикардия (ПЖТ) по типу «пирует». Пациенты с желудочковыми тахикардиями без структурных изменений миокарда составляют около 10% всех желудочковых нарушений ритма. Одной из причин возникновения ПЖТ у внешне совершенно здоровых людей является генетически обусловленная патология ионных каналов, - мутации в генах, приводят к нарушению нормальной функции калиевых, натриевых или кальциевых каналов. В настоящее время известно не менее 12 различных генов, ответственных за развитие типичных клинических проявлений синдрома удлиненного QT-интервала. При этом синдроме потеря функции калиевых каналов, либо усиление функции натриевых или кальциевых каналов приводит к тому, что субэпикардальные отделы миокарда желудочков имеют большую по сравнению с субэндокардиальными отделами продолжительность потенциала действия. При сопутствующих условиях это может облегчить появление ранних или поздних постдеполяризаций и, следовательно, развитие ПЖТ типа «пирует». Дефект развития быстрых натриевых каналов, наблюдаемый при синдроме Бругада, приводит к электрической разнородности миокарда желудочков, когда субэндокардиальные отделы миокарда желудочков имеют большую по сравнению с субэпикардальными отделами продолжительность потенциала действия, что создает возможность развития однонаправленной блокады проведения импульса в миокарде желудочков и формирование ПЖТ. У таких пациентов риск развития внезапной сердечной смерти составляет 10%, а по некоторым данным до 30%.

# **СОЦИАЛЬНАЯ РАБОТА, СОЦИАЛЬНАЯ ЗАЩИТА, СОЦИАЛЬНОЕ ОБСЛУЖИВАНИЕ**

## **СОЦИАЛЬНАЯ ИНТЕГРАЦИЯ ДЕТЕЙ С СИНДРОМОМ ДАУНА**

**Кутузова А.М.**  
**Казанский государственный медицинский университет**  
**Научный руководитель – к.псих.н., ст. преп. Гончарова О.Л.**

Вовлечение людей с синдромом Дауна в творческую и профессиональную деятельность, продолжающееся личностное развитие, сохранение человеческого достоинства и интегрированность в общественную жизнь – это те задачи, которые стоят сегодня перед учеными и практиками мира. Необходимость разработать стратегию педагогической поддержки качества жизни человека с синдромом Дауна, обеспечивающее его самореализацию в детском и зрелом возрасте является одной из направлений государственной политики.

Целью научного исследования было изучить проблемы, препятствующие социальной интеграции детей с синдромом Дауна.

При проведении исследования использовались методы полуструктурированного интервью со специалистами, работающими с детьми с синдромом Дауна.

У детей с синдромом Дауна затруднено взаимодействие с социальной средой, снижена способность адекватно реагировать на происходящие изменения. Они испытывают особые трудности в достижении своих целей в рамках существующих норм. В задачи развития и воспитания детей входит обеспечение адекватного взаимоотношения их с обществом, осознанного выполнения социальных норм и правил.



Интеграция открывает детям с синдромом Дауна возможность активного участия в общественной жизни, но с учетом их особенностей и привлечением специалистов. Исследование оценки мнения специалистов и родителей по проблемам социальной интеграции детей с синдромом Дауна показало: детские образовательные учреждения посещают лишь 15% детей, большинство специалистов высказались против инклюзивного образования (70%), 50% родителей считают, что детям-инвалидам будет плохо и некомфортно учиться в обычной школе, 55% специалистов, также высказались отрицательно. Проведенное на базе социальных и образовательных учреждений г. Казани исследование проблем интеграции детей с синдромом Дауна показало, что работа учреждений направлена на организацию социально-педагогических мероприятий, включение ребенка с синдромом Дауна в коррекционно-образовательный процесс с раннего возраста, что повышает уровень развития, способствует социальной активности ребенка.

## **ОТНОШЕНИЕ МОЛОДЕЖИ ГОРОДА КАЗАНИ К СОЗДАНИЮ СЕМЬИ**

**Габидуллина М.Ш.**

**Казанский государственный медицинский университет  
Научный руководитель – ст. преп. Морозова О.Н.**

Актуальность темы исследования определяется тем, что на современном этапе развития общества, семья является важнейшей ценностью. Именно положение семьи, а также тенденции, характеризующие ее состояние, являются показателями благосостояния общества. Изучение мнений современной молодежи о своей будущей семье, понимание того, какими ценностями, руководствуются молодые люди в современном обществе, является актуальным на сегодняшний день.

Объект исследования являются молодые люди состоящие и не состоящие в браке (от 18 до 30 лет).

Цель исследования: выявить отношение молодежи к созданию семьи, рождению детей.

В процессе исследования было опрошено 50 респондентов – жителей г. Казани из них (на период проведения исследования) 50% не состояли в браке и 50% – состояли в браке. Инструментарием для проведенного исследования послужили два вида анкет (для молодых людей состоящих в браке, для молодых людей не состоящих в браке).

Исследование показало, что большая часть молодых людей – 68 % ассоциируют слово «семья» с любовью, взаимопониманием и поддержкой, , счастьем, домом, регулярными сексуальными отношениями. Менее значительны для респондентов являются такие ассоциации, как заботы, домашнее хозяйство, ответственностью перед близкими людьми. Таким образом, получается, что молодые люди связывают семью с положительными понятиями, явно присутствует доля характерного для молодежи романтизма и оптимизма. Можно отметить ярко выраженную ориентацию молодой семьи на малодетность, в частности, преобладание ориентаций на двух- или однодетные семьи. Таким образом, доминирующей, идеальной моделью семьи, с точки зрения количества детей, вне зависимости от наличия регистрации отношений остается 2-х детская семья.

В результате проведенного анкетного опроса можно сделать следующий вывод – характерной чертой формирования семьи является рост нерегистрируемых браков, который сопровождается растущим одобрением, в обществе, такого способа совместного проживания. Следующей важной характеристикой, связанной с формированием молодой семьи, является стремление молодых людей проживать отдельно (на отдельной жилой площади, вести самостоятельный быт).

## **РЕАЛИЗАЦИЯ МЕР ПО СОЗДАНИЮ ДОСТУПНОЙ СРЕДЫ ДЛЯ ЛЮДЕЙ С НАРУШЕНИЕМ СЛУХА И РЕЧИ**

**Александрова Ю.О.**

**Казанский государственный медицинский университет  
Научный руководитель – преп. – Морозова О.Н.**

Цель: Рассмотреть опыт субъектов Российской Федерации по отработке механизмов обеспечения доступности объектов и услуг для инвалидов и других маломобильных групп населения в 2011–2013 годах. Осуществление реализации пилотного проекта с участием трех субъектов Российской Федерации (Республики Татарстан, Тверской и Саратовской областей) по отработке формирования доступной среды на уровне субъектов Российской Федерации.

Методы исследования: анализ документов, форумов, статей посвященных данной тематике, логическое сопоставление и сравнение, обобщение.

Полученные результаты. Республика Татарстан, Саратовская и Тверская области вошли в число трех регионов Российской Федерации по реализации пилотного проекта по отработке формирования в области доступной среды.

В ходе реализации пилотного проекта участниками пилотного проекта совместно с представителями региональных общественных организаций инвалидов были выявлены наиболее значимые для инвалидов объекты и услуги в приоритетных сферах жизнедеятельности инвалидов и других маломобильных групп населения.

В Самарской Области на базе сурдоцентра создана диспетчерская служба для глухих и слабослышащих. Областное министерство здравоохранения и социального развития установило здесь веб-камеру, которая позволяет клиентам связаться со службой для решения различных вопросов.

Одним из способов способствующих созданию достойных условий жизни для людей с нарушением слуха является организация скрытого субтитрирования телевизионных программ общероссийских обязательных общедоступных телеканалов.

Мерам создания доступной среды для инвалидов по слуху на примере Тверской Области является организация работы маршрутных информаторов, установленных в общественном транспорте.

Аналогичная практика создания доступной среды наблюдается в Республике Татарстан, на остановочных пунктах города имеются также маршрутные информаторы, создание которых в большей мере предопределили Всемирные студенческие игры (Универсиада).

На федеральном уровне были разработаны видеоролики, аудиоролики, интернет-банеры и наружная реклама, которые использовались для размещения на телевидении и радио, в сети Интернет в целях формирования толерантного отношения к инвалидам.

## **СОЦИАЛЬНЫЙ ПРОЕКТ КАК РЕСУРС СОЦИАЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ ПОЖИЛЫХ ЛЮДЕЙ В ТУЛЕ**

**Горячева Л.М.**

**Тульский государственный педагогический университет им. Л.Н. Толстого  
Научный руководитель – д.п.н., проф. Фокин В.А.**

В Тульском государственном педагогическом университете им. Л. Н. Толстого разработан и реализуется социальный проект «Тула - город, где старость в радость». Этот проект инициирован нами после ознакомления со всемирным проектом «Город, где старость в радость», подготовленным Всемирной Организацией Здравоохранения.

Цель нашего исследования в реализации этого проекта – выявить и повысить уровень осведомленности населения, органов управления о потребностях местного пожилого населения и генерировать идеи по улучшению ситуации в социально-геронтологической работе в городе.

В нашем исследовании мы использовали следующие методы: наблюдение, интервью, анкетирование, проектирование.

Мы провели интервью по восьми темам с тремя категориями населения: пожилые люди, их близкие, представители государственных и коммерческих организаций.

Полученные данные позволили подготовить отчет.

1. Улицы и здания: необходимо убрать машины с тротуаров, поставить лавки, построить общественные туалеты. 2. Транспорт: нет социальных такси, нет возможности доехать на кладбище. 3. Жилье: высокие квартплата, услуги ЖКХ. 4. Уважение и принятие в обществе: безразличие со стороны молодежи; никто не помогает. 5. Участие в социальной жизни: нет мест для проведения досуга, с учетом получаемой пенсии; не сносят памятники истории. 6. Коммуникация и информация: власти говорят одно, а делают другое; доступ к информации есть, а денег нет, чтобы ее использовать. 7. Участие в общественной деятельности: нет общественных организаций пожилых. 8. Медицинские и социальные услуги: медицина бесплатна, но качество ее оставляет желать лучшего; мало социальных аптек, магазинов.

Результаты нашего исследования нашли свое отражение в создании рекомендаций для пожилых людей, социальных работников и в разработке предложений для городской администрации. Кроме того, наш проект участвовал в конкурсе «IX Европейская выставка научно-технического творчества молодежи MILSET Expo-Sciences Europe», который проходил в г. Туле в июле 2012 года, где был отмечен специальным дипломом.

В заключении подчеркнем, что наш социальный проект стал продуктивным ресурсом социальной защиты пожилых людей в г. Тула и может быть модельным проектом для других городов России.

### **ТЕХНОЛОГИИ СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЫ И СОЦИАЛЬНО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЕ ОБРАЗОВАНИЕ ПРИЕМНЫХ РОДИТЕЛЕЙ**

**Булах Н.В.**

**Тульский государственный педагогический университет им. Л.Н. Толстого  
Научный руководитель – д.п.н., проф. Фокин В.А.**

С 2011 года в Тульском государственном педагогическом университете им. Л.Н. Толстого мы проводим исследование, посвященное проблемам социально-педагогического образования кандидатов в приемные родители. Мы считаем, что если данное образование будет реализовываться бакалаврами социальной работы, то оно потенциально успешно, в силу специфики социального образования будущих выпускников. Поэтому цель нашей работы – теоретически обосновать и практически сформировать компетенции у будущих социальных работников для подготовки кандидатов в приемные родители. В исследовании использовался комплекс различных методов. Из общенаучных были использованы – анализ, синтез, абстрагирование, моделирование, проектирование, обобщение, аналогия, наблюдение. Общепедагогические – анализ литературных, электронных источников и документов, интервью, анкетирование, опросы, обобщение опыта. Специальные – работа со случаем (case-study).

Полученные результаты нашли отражение в научных публикациях, а также в разработанном и реализуемом в нашем вузе специальном курсе «Социально-педагогическое образование кандидатов в приемные родители». Цель курса – сформировать профессиональные, юридические, психологические и медицинские компетенции у кандидатов в приемные родители. Известные чехословацкие специалисты в области психической депривации детства Йозеф Лангеймер и Зденек Матейчик, а также отечественные ученые М.Ю. Кондратьева, В.С. Мухина, А.М. Прихожан, Н.Н. Толстых отмечают тот факт, что психофизиологическое развитие детей в любом институциональном учреждении, даже самом лучшем, хуже, чем у ребенка в семье, даже не родной. Медицинская работа и профилактика заболеваний таких детей должна учитывать социально-психологический и социально-педагогический компонент. Поэтому в нашем курсе уделяется особое внимание социально-медицинским, социально-педагогическим и социально-психологическим технологиям социальной работы.

Подготовка будущих социальных работников к социально-педагогическому образованию приемных родителей – перспективная область исследований. Результаты, полученные в нашей работе, могут стать основой для дальнейших научных теоретических и практических разработок.

### **ВОЗМОЖНОСТИ СУПЕРВИЗИИ В ПОДГОТОВКЕ БАКАЛАВРОВ СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЫ**

**Карандеева А.В.**

**Тульский государственный педагогический университет им. Л.Н. Толстого  
Научный руководитель – д.п.н., проф. Фокин В.А.**

Цель нашего исследования: раскрытие основных возможностей супервизии в подготовке бакалавров социальной работы.

Методы исследования: изучение и анализ научной и научно-методической литературы, синтез, обобщение, наблюдение.

Супервизия востребована во всех помогающих профессиях: медицина, социальная работа, психология и др. Под супервизией мы понимаем обучающее консультирование по профессиональным вопросам (наставничество), в том числе и руководство студентами-практикантами на базе практики. В Тульском государственном педагогическом университете им. Л. Н. Толстого подготовка бакалавров социальной работы неразрывно связана с тесным взаимодействием студентов и супервизоров.

В ходе исследования выявлены возможности супервизии, которые имеют 2 аспекта: 1. Повышение профессиональной компетенции сотрудника-супервизора благодаря непрерывному и качественному взаимодействию с практикантами. Супервизия способна улучшить эффективность работы не только практиканта, но и самого супервизора. Супервизоры, взаимодействуя с вузовским руководителем практик, подробно изучают каждую программу практики. Мы организовали обмен опытом руководства практикой между супервизорами, учебу супервизоров. Уровень подготовки супервизоров определяет уровень руководства ими группой студентов, что является одним из важных показателей качества образования; 2. Изучение студентами спецкурса «Супервизия в социальной работе» создаёт возможность для формирования у них необходимых компетенций, важными из которых являются «стремление к саморазвитию, повышению квалификации и мастерства» (ОК-6) и «готовность к предупреждению и профилактике личной профессиональной деформации, профессиональной усталости, профессионального «выгорания» (ПК-8).

Результаты нашего исследования позволили обосновать необходимость внедрения супервизии на местах практики студентов-бакалавров социальной работы в регионе, а также начать систематическую подготовку сотрудников-супервизоров к работе с практикантами.

Заключение: супервизия в социальной работе развивается и имеет положительные предпосылки к дальнейшему совершенствованию.

## **СЕМЕЙНОЕ НЕБЛАГОПОЛУЧИЕ В ТЕОРИИ СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЫ**

**Никонова В.И.**

**Казанский государственный медицинский университет**

**Научный руководитель – к.соц.н., доц. Тимуца О.В.**

По данным Всероссийского центра изучения общественного мнения (ВЦИОМ) каждый третий россиянин сообщает, что среди его знакомых есть семьи, которые можно назвать неблагополучными. Кто же такие неблагополучные семьи?

Неблагополучная семья – это семья, в которой родители несовершеннолетних или их законные представители не выполняют свои обязанности по воспитанию детей или отрицательно влияют на их поведение, либо совершают в их отношении противоправные действия. Главной причиной несостоятельности семьи исследователи называют: отсутствие средств к нормальному функционированию семьи, угроза безработицы, неполноценное питание, рост цен на продукты питания, услуги.

Неблагополучные семьи можно условно разделить на две группы:

Семьи с явной (открытой) формой неблагополучия – конфликтные, проблемные, асоциальные, аморально – криминальные, семьи с недостатком воспитательных ресурсов (неполные семьи).

Семьи со скрытой формой неблагополучия (внутренне неблагополучные) – внешне это респектабельные семьи, однако в них ценностные установки и поведение родителей расходятся с общечеловеческими моральными требованиями, что сказывается на воспитании детей.

Социальные работники оказывают необходимую социально-психологическую поддержку и помощь, проводят реабилитационные мероприятия, организуют переподготовку и обучение, устраивают в детские дошкольные учреждения, оказывают услуги по социально-правовым вопросам семей и т.п. Кроме того, в Татарстане ряд министерств создают банк данных о неблагополучных семьях. Пилотный проект успешно опробовали в Нижнекамске. В результате за 6 месяцев больше половины семей исключили из «черного списка», так как они выполнили требования социальных служб. Социальная работа в отношении неблагополучных семей в значительной степени может снизить напряженность, как в самой семье, так и в обществе в целом, изменить формы взаимодействия членов семьи и предотвратить развитие отклонений личности ребенка.

## **РУССКИЙ ЖЕСТОВЫЙ ЯЗЫК - СРЕДСТВО СОЦИАЛИЗАЦИИ ГЛУХИХ И СЛАБОСЛЫШАЩИХ**

**Лакеева Ю.А.**

**Казанский государственный медицинский университет**

**Научный руководитель – к.соц.н., доц. Тимуца О.В.**

Актуальность настоящей работы обусловлена тем, что на сегодняшний день, по данным из различных источников, насчитывается более 200 тысяч людей, глухих от рождения или с детства. Теоретически, каждый из них обладает теми же правами, что и любой другой гражданин. Однако практика показывает, что глухие каждый день вынуждены приспосабливаться к условиям, которые диктует им слышащее окружение.

В процессе социализации личность приобретает качества, необходимые для жизни в обществе, усваивает определенные ценности, нормы, формы поведения. Социализация инвалидов по слуху, как правило, проходит сложнее, это прежде всего связано с информационным вакуумом, в котором они находятся.

Исследование показало, что русский язык жестов компенсирует дефицит информации, помогает глухим и слабослышащим удовлетворить свои духовные и интеллектуальные потребности, расширяет круг общения, дает возможность учиться, устраиваться на работу и многое другое. Язык жестов – это «дорога к жизни».

Если раньше жестовый язык признавался лишь языком «межличностного общения», то теперь, согласно статье 14 ФЗ «О социальной защите инвалидов в РФ» это «язык общения при наличии нарушений слуха и (или) речи, в том числе в сферах устного использования государственного языка РФ», теоретически это означает гарантию возможности обращения человека, владеющего жестовым языком, в государственные, муниципальные и судебные органы и получение услуг переводчика.

В ходе исследования было выяснено, что жестовый язык является богатым и довольно сложным, как и любой звуковой язык. Люди, изучая его, окунаются в иной мир, в котором другие правила, чувства, эмоции. Чтобы научиться общаться на жестовом языке, потребуется не мало времени, нужно его постоянно практиковать, иначе он быстро забывается.

Исследование привело к следующим выводам: каждый человек в современном мире должен знать хотя бы начальные основы жестового языка, для того, чтобы глухие и слабослышащие люди не чувствовали себя в информационном вакууме и лучше социализировались в обществе.

## **ИЗМЕНЕНИЯ В СТРУКТУРЕ РОССИЙСКОЙ СЕМЬИ**

**Ахметова Р.Р.**

**Казанский государственный медицинский университет**

**Научный руководитель – к.соц.н., доц. Тимуца О.В.**

Современная семья значительно отличается от той, которая существовала до XX в.

Происходит разделение институтов брака и семьи. В настоящее время единство семьи все меньше зависит от давления общества и все больше от межличностных отношений, взаимной привязанности, взаимопонимания. Уменьшается число лиц, вступающих в законный брак. Растет количество фактических, но юридически не оформленных «свободных» семейных союзов и рожденных в них детей.

В наше время часто говорят о том, что институт семьи в тупике и «дал трещину». Основание для таких выводов служит все увеличивающееся количество разводов, монородительских семей, одиноких стариков и возникающие альтернативные формы семьи. Так ли это, и что будет с семьей в будущем? Исследователи социальных проблем семьи все больше приходят к выводу, что «несмотря на структурные изменения, распространение малодетности и другие перемены, семья, основанная на вполне традиционном стремлении к браку, остается той сферой жизни, где реализуются многогранные

потребности и возможности человека – ребенка или взрослого. Эмоциональные узы, связывающие человека с семьей, а также возникающие семейные формы, основанные на новых механизмах регулирования отношений между супругами и между родителями и детьми, отражают возрастающее значение частной жизни и домашнего очага как источника взаимопонимания, любви и поддержки. На фоне таких явлений, как свободное сожительство, повторные браки, разводы, падение рождаемости и стремление женщин к независимости, люди, как это не парадоксально, стали больше ценить семью и понимать ее значение как надежной защиты против холодного одиночества и жестокости окружающего мира. Поэтому то явление, которое некоторые называют «кризисом российской семьи», правильной можно было бы назвать трансформацией устаревшей модели семьи, семейных взаимоотношений, причем трансформацией, совершающейся на весьма устойчивой традиционной социально-нормативной основе».

Государство в современном обществе заинтересовано в укреплении семьи. С этой целью правительства ряда стран принимают специальные меры, направленные на увеличение или сокращение рождаемости, поддержку семьи.

## **НАДОМНОЕ СОЦИАЛЬНОЕ ОБСЛУЖИВАНИЕ ГРАЖДАН ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА В Г. КАЗАНИ: АНАЛИЗ, ПУТИ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ**

**Ильина М.Г.**

**Казанский государственный медицинский университет  
Научный руководитель – к.псх.н., ст. преп. Гончарова О.Л.**

Развивающаяся современная тенденция старения населения, процессы реформирования социальной политики обуславливают актуальность исследования, направленного на анализ развития в Республике Татарстан системы надомного социального обслуживания пожилых граждан, на оценку его эффективности.

Положение пожилых людей характеризуется тремя особенностями: состоянием здоровья, малообеспеченностью, одиночеством. Взятые государством гарантии в сфере социального обслуживания обуславливают необходимость развития социального обслуживания с учетом потребностей пожилых людей. В Республике Татарстан социальное обслуживание пожилых граждан на дому – регламентированный технологический процесс, стандартизованный как на федеральном, так и на региональном уровне. Это с одной стороны позволяет его четко регламентировать и реализовать, с другой – стандарты в большей степени ориентированы на экономическую целесообразность и не всегда учитывают все потребности клиентской группы.

С целью изучения технологии надомного обслуживания пожилых проведен анализ статистических и отчетных данных ЦСОНа г. Казани за 2012-2013 г. Результаты исследования показали уменьшение числа обслуживаемых отделениями надомного социального обслуживания в г. Казани в 2013 г. по сравнению с 2012 г. на 4%, при этом количество оказанных социально-бытовых услуг выросло на 27%, а социально-медицинских снизилось на 29%. В региональном стандарте надомного обслуживания не предусмотрены социально-психологические услуги. Особенности социального обслуживания пожилых граждан определяются наступающими физиологическими и социально-психологическими изменениями и должны предусматривать удовлетворение потребностей пожилых, на наш взгляд, необходимы изменения в стандартах, учитывающие весь круг этих потребностей, в том числе расширение медицинских услуг и включение в стандарт психологических и рекреационных услуг, направленных на поддержание активности пожилых, что, безусловно, повысит качество их жизни и, возможно, будет способствовать увеличению продолжительности жизни. Переход от опекающих технологий социального обслуживания к стимулирующим будет способствовать оптимизации обслуживания и снижению государственных затрат на него.

## **ТЕХНОЛОГИИ СОЦИОКУЛЬТУРНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ГРАЖДАН ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА В ДОМАХ-ИНТЕРНАТАХ КАК СРЕДСТВО ПОВЫШЕНИЯ ЖИЗНЕННОЙ АКТИВНОСТИ**

**Абдулхакова Г.З.**

**Казанский государственный медицинский университет  
Научный руководитель – к.псх.н., ст. преп. Гончарова О.Л.**

Проблема исследования обусловлена существующим противоречием между традиционными рамками работы стационарных учреждений для пожилых, ориентированных на решение вопросов ухода и медицинской помощи и происходящими в рамках реформирования системы социальной работы изменениями, направленными на максимально более долгое сохранение социальной активности пожилых. В основу технологии социальной работы с пожилыми гражданами должно быть положено обеспечение возможности самовыражения пожилых граждан и предупреждение устранения их от активной жизни. Огромный потенциал для помощи клиенту в преодолении социальной изоляции, в самовыражении и сохранении активного образа жизни дают социокультурные технологии. С целью изучения социально-культурной реабилитации, как технологии, направленной на повышение жизненной активности граждан пожилого возраста, в ноябре 2013 г. на базе Верхнеуслонского дома-интерната проведено исследование. Случайная выборка составила 22% от общего числа проживающих в данном доме-интернате. Анкетирование проводилось анонимно.

Анализ показал, что в данном учреждении работа строится на высоком организационном уровне, с учетом мотивации проживающих. Полную удовлетворенность организацией досуга отметили 82%. Среди мотивов участия пожилых в досуговом объединении: максимальную представленность получил ответ «общение с другими людьми» 45%, минимальную «получение нового опыта» 9%. В качестве предпочитаемых форм досуга доминировали пассивные формы: 45% просмотр телевизора, 45% чтение газет, активные формы имели меньшее количество выборов: 18% пение, 9% шитье, 9% – цветоводство, рукоделие – 0%, в то же время 36% выборов было отдано экскурсиям.

Результаты исследования показали положительный вклад культурного досуга в качество жизни пожилых, в то же время, при реализации социокультурных технологий как средства продления социальной активности, на наш взгляд, требуются особые усилия специалистов в направлении поиска форм работы, стимулирующих мотивацию пожилых к собственной активности в досуговой деятельности.

## **АНИМАЛОТЕРАПИЯ В СОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ**

**Иноземцева Т.С.**

**Пензенский государственный университет  
Научный руководитель – к.соц.н., доц. Козина Г.Ю.**

Анималотерапия – вид терапии, использующий животных и их образы для оказания психотерапевтической помощи.

Все живые существа могут оказать человеку эффективную психологическую помощь. В анималотерапии используются кошки, собаки, лошади и другие животные. Так, например, американское анималотерапевтическое общество «Дельта»

использует в своей работе более 2000 различных животных, в том числе морских свинок, хомяков, кроликов, крыс, кур, лам, коз, попугаев, черепах и других домашних животных.

Иппотерапия обеспечивает развитие чувства собственной значимости и силы, когда пациент с ограниченными физическими возможностями извлекается от механической поддержки инвалидного кресла или костылей и способен передвигаться на сильном животном. Верховая езда вызывает массу эмоций, ощущений, переживаний, затрагивающих не только высшие отделы коры головного мозга, но и глубинные структуры. Это способствует восстановлению нарушенных нервных связей, возникновению (формированию) компенсаторных механизмов в проведении нервных импульсов.

Канистерапия используется в работе с различными категориями людей. Очень часто собаки работают в домах престарелых. Собака позволит надолго умерить страх, депрессию, напряжение, снизить рассеянность и мобилизовать двигательные функции жильцов подобных учреждений. Неразговорчивые начинают больше говорить, а люди с эмоциональной некомпетентностью начинают проявлять способность реагировать на животных с неожиданным чувством и пониманием.

Фелинотерапия – терапевтическое воздействие кошек. Кошачье биополе улучшает общее самочувствие, способствует нормальной работе внутренних органов, положительно влияет на уровень обмена веществ, нормализует артериальное давление, препятствует возникновению инфарктов миокарда и инсультов головного мозга, влияет на продолжительность жизни.

Таким образом, анималотерапию можно рассматривать как самостоятельный и серьёзный метод психотерапии, успешно применяемый в комплексе с другими методами реабилитации. Люди с ограниченными возможностями, общаясь или наблюдая за животными, повышают психосоциальную адаптацию, развивают познавательные процессы и психомоторные функции организма.

## **ОКУПАЦИОННАЯ ТЕРАПИЯ КАК НАПРАВЛЕНИЕ СОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ**

**Дедкова А.Ф.**

**Пензенский государственный университет  
Научный руководитель – к.соц.н., доц. Козина Г.Ю.**

Окупиционная терапия как форма профессиональной социальной работы существует в большинстве стран мира и занимает важное место в команде специалистов социальной работы, здравоохранения, образования.

Как направление в социальной реабилитации окупиционная терапия имеет две функции: реабилитационную и терапевтическую.

Окупиционная терапия может проводиться с различными категориями населения, нуждающиеся в восстановлении и нормализации окупиционной деятельности: с детьми, подростками, молодежью, взрослым населением, пожилыми и престарелыми.

В центре внимания окупиционной терапии стоят занятия, которые включают в себя три области: самообслуживание или уход за собой, трудовую деятельность, проведение досуга и отдыха. Хотя занятия и подразделяются на три области, в повседневной жизни их невозможно отделить одну от другой, поскольку они взаимосвязаны и взаимозависимы.

Окупиционная терапия в различных странах мира представляет собой интегральную часть основного комплекса услуг здравоохранения и социальной защиты, которые оплачиваются многим людям за счёт мощных государственных программ и частных страховок. В ряде западных стран окупиционные терапевты и ассистенты по окупиционной терапии работают в разнообразных учреждениях и организациях: отделениях скорой помощи, центрах детского здоровья и детских поликлиниках, реабилитационных центрах, домах престарелых, психиатрических больницах и т. д.

Взаимоотношения между пациентом и специалистом по окупиционной терапии носят характер сотрудничества.

Окупиционные занятия позволяют развивать способности и навыки пациентов, которые могут быть использованы в повседневной жизни. Они позволяют пациентам адаптироваться к окружающей обстановке. Зачастую используются обычные повседневные занятия в качестве средств восстановления или развития навыков.

Окупиционная терапия должна проводиться в той форме, которая позволяет пациенту интегрироваться в социальную жизнь.

Окупиционная терапия состоит из комплекса знаний, умений и навыков, которые помогают лицам с ограниченными возможностями сохранять здоровье, уменьшать последствия инвалидности и вести независимый образ жизни.

## **ОСОБЕННОСТИ РЕАБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ РАЗНЫХ ВОЗРАСТОВ**

**Базарнова Ж.А.**

**Пензенский государственный университет  
Научный руководитель – к.соц.н., доц. Козина Г.Ю.**

Инвалидность являются одним из основных показателей здоровья нации. В настоящее время в России на учете в органах социальной защиты населения состоит около 13 млн. инвалидов.

По данным медико-социальной экспертизы, все чаще инвалидами становятся в результате несвоевременной и недобросовестной лечебно-профилактической помощи. С наступлением инвалидности у человека возникают реальные трудности как субъективного, так и объективного характера при адаптации к жизненным условиям. Поэтому одним из приоритетных направлений социальной работы с этими гражданами должна стать реабилитация.

Социальная реабилитация может достигаться только в результате совокупности действий всех направлений реабилитации, так как только в ходе их реализации возможно полноценное восстановление способностей индивида к социальному функционированию.

Одним из основных направлений поддержки инвалидов трудоспособного возраста является профессиональная реабилитация. Профессиональная реабилитация инвалидов с их последующим трудоустройством экономически выгодна для государства. Так как, средства, вложенные в реабилитацию инвалидов, будут возвращаться государству в виде налоговых поступлений, являющихся следствием трудоустройства инвалидов.

В реабилитации детей-инвалидов большое значение имеет педагогическая реабилитация, т.е. комплекс мероприятий воспитательного характера, направленный на то, чтобы ребенок-инвалид овладел необходимыми умениями и навыками по самообслуживанию, получил школьное образование.

Реабилитация пожилых людей имеет свои особенности, которые обусловлены возрастными функциональными изменениями организма. Основными элементами реабилитации пожилых людей должны быть: активный образ жизни, организация посильной трудовой деятельности, организация досуга и отдыха, восстановление утраченных функций и навыков.

Реабилитация людей пожилого возраста осуществляется в стационарных, реабилитационных учреждениях, амбулаторных условиях, на дому, интернатах и пансионатах, дневных стационарах.

Таким образом, реабилитация лиц с ограниченными возможностями – одна из наиболее важных и трудных задач современных систем социальной помощи и социального обслуживания.

### **АНАЛИЗ СИТУАЦИИ СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ ГРАЖДАН ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА НА ДОМУ (НА ПРИМЕРЕ ЦЕНТРА СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ НАСЕЛЕНИЯ)**

**Кузнецова Ю.Д.**

**Казанский государственный медицинский университет**

**Научный руководитель – ст. преп. – Утеева Э.Н.**

Актуальность выбранной темы обусловлена тем, что надомное социальное обслуживание на сегодняшний день играет существенную роль в социальной защите пожилых граждан, поскольку направлено на удовлетворение базовых потребностей населения.

Надомное социальное обслуживание – самая эффективная и приемлемая форма оказания социальной помощи гражданам пожилого возраста. В организационном и экономическом плане этот вид услуг наиболее целесообразен. Главной задачей надомного социального обслуживания является предоставления гражданам пожилого возраста и инвалидов, нуждающимся в постоянном или временном социальном обслуживании социальные услуги и определения конкретных видов и форм помощи, предоставление различных социально-бытовых услуг разового или постоянного характера.

Отделения надомного социального обслуживания должны способствовать тому, чтобы жизненный уровень граждан пожилого возраста, находящихся на надомном социальном обслуживании укреплялся и рос, чтобы ему оказывались наиболее качественные услуги, чтобы пожилой человек чувствовал себя довольным и защищенным, социальным работником должны выполняться различные просьбы пожилых людей.

Анализируя результаты исследования можно сделать вывод о том, что большинство 83% граждан довольны оказанием социальных услуг на дому, и вполне довольны 94% своими социальными работниками, что подтверждается в отчетной документации Отделения надомного социального обслуживания Вахитовского района ГАУСО «Комплексный центр социального обслуживания населения в городском округе г. Казань», которая проводится ежемесячно с использованием Акта проверки качества оказываемых социальных услуг на дому. Но не все опрошенные граждане пожилого возраста придерживаются единого мнения. Несколько респондентов отмечают, что все же хотелось видеть у себя социального работника чаще чем 2–3 раза в неделю. Отмечается некое недовольство оплатой социальных услуг, насколько это возможно, выражают желание респонденты, необходимо услуги свести к бесплатности.

Анализ показывает, что социальное обслуживание на дому является приоритетной формой социального обслуживания, самой востребованной и экономически выгодной, так как стоимость затрат в несколько раз ниже по сравнению со стоимостью стационарного социального обслуживания.

### **МЕЖВЕДОМСТВЕННОЕ СОЦИАЛЬНОЕ ПАТРОНИРОВАНИЕ КАК ЭФФЕКТИВНАЯ СИСТЕМА РЕАБИЛИТАЦИИ СЕМЕЙ, НАХОДЯЩИХСЯ В СОЦИАЛЬНО ОПАСНОМ ПОЛОЖЕНИИ**

**Шараева О.А.**

**Казанский государственный медицинский университет**

**Научный руководитель – к.псх.н., ст. преп. Гончарова О.Л.**

Проблема исследования обусловлена тем, что при сохраняющейся тенденции роста числа дезадаптированных семей, современный уровень методологической базы социальной работы с одной стороны позволяет формировать эффективные технологии социальной работы с семьями, находящимися в социально опасном положении, с другой стороны возникает необходимость изучения оптимальных механизмов реализации и совершенствования технологий. Проведенный теоретический анализ показал, что спектр проблем, семей, находящихся в социально опасном положении требует комплексного, межведомственного подхода к их решению.

С целью оценки эффективности реализации модели «межведомственная система выявления и работы с неблагополучной семьей посредством организации службы участковой социальной помощи, образованной по территориальному принципу» было проведено исследование на базе отделения социальной помощи семье и детям Приволжского района г. Казани.

В исследование были включены 41% семей, стоящих на учете. В причинах постановки на социальный патронаж преобладали факторы: конфликтная ситуация в семье 35%, педагогическая несостоятельность родителей 27%, правонарушение несовершеннолетних 20%. Продолжительность периода реабилитации составляла 1,5 года – для 71 % семей; 2 года – для 22%; 6 месяцев – для 7%. Реабилитационный маршрут включал в том числе следующие мероприятия: социально-психологическая реабилитация для 100% семей; содействие в восстановлении нарушенных связей со школой, в восстановлении позитивного отношения к учебной деятельности для 79 %, содействие в организации отдыха детей для 79 %; меры материальной помощи для 71 %.

Оценка результативности реабилитационной работы с семьей проводилась по методике Министерства труда, занятости и социальной защиты Республики Татарстан. Результаты реабилитации: в 57% случаев прошла оптимизация семейных отношений, преодолены факторы семейного неблагополучия; 36% семей достигли устранения причин и условий, способствующих безнадзорности. Результаты «без достижения цели реабилитации» выявлены в 7% случаев.

Результаты исследования доказывают эффективность межведомственного патроната как комплексной технологии, обращенной к поиску внутренних социальных, психологических ресурсов семьи.

### **КЛИЕНТ СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЫ**

**Макарова А.А.**

**Казанский государственный медицинский университет**

**Научный руководитель – к.соц.н., доц. Тимуца О.В.**

Под клиентами в социальной работе подразумевают индивида или группу людей, которые обращаются за помощью в социальные службы по поводу различных социальных проблем, находящиеся в трудной жизненной ситуации, которые не могут самостоятельно справиться с возникшей проблемой и получают эту помощь. Объектом социальной работы являются в первую очередь материально необеспеченные, люди с ограниченными возможностями, потерявшие прежний статус и качество жизни,

социально уязвимые слои общества. Но клиент социальной работы не обязательно должен быть болен, одинок или материально необеспечен. Современный мир, стремительно меняясь, порождает целые слои людей, нуждающихся в помощи извне.

С каждым годом понятие клиент социальной работы расширяется. Социальный работник организует работу всё большего количества людей, к которым нужно найти индивидуальный подход. Клиент разнообразен, также как и его проблемы. Поэтому нужно изучать и развивать свои познания о каждом типе клиента социальной работы, для того чтобы быстро находить подход к каждому из них.

Таким образом, клиент – это динамичный развивающийся концепт в теории социальной работы, имеющий сложную структуру и не имеющий завершённых представлений о его сущности, который постоянно изменяется, приобретает новый смысл, расширяет свои границы.

С момента возникновения социальной работы ещё в 1991 году использовалось понятие «клиент социальной работы». В свете нового законодательства имеет место быть новое прочтение понятия «клиент социальной работы» и, возможно, замена его новым термином «получатель социальных услуг».

В Федеральном законе от 28 декабря 2013 года "Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации" даётся определение получателя социальных услуг, им является гражданин, который признан нуждающимся в социальном обслуживании и которому предоставляется социальная услуга или социальные услуги.

## **ОРГАНИЗАЦИЯ СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ ГРАЖДАН ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА В СОЦИАЛЬНО-РЕАБИЛИТАЦИОННОМ ОТДЕЛЕНИИ**

**Ганиева Г.А.**

**Казанский государственный медицинский университет  
Научный руководитель – ст. преп. – Утеева Э.Н.**

Актуальность исследования обусловлена необходимостью совершенствования социального обслуживания граждан пожилого возраста. С увеличением продолжительности жизни возрастает преобладающее большинство пожилых граждан, нуждающихся в оказании бытовых, медицинских, психологических, правовых и других услугах.

Цель исследования – изучение организации социального обслуживания граждан пожилого возраста в социально-реабилитационном отделении Комплексного центра социального обслуживания населения Сабинского района.

В социально-реабилитационном отделении Сабинского района было проведено исследование с целью определения удовлетворенности граждан пожилого возраста в предоставляемых социальных услугах, а также выявление путей совершенствования социального обслуживания. Изучалось отношение клиентов к получаемой помощи, мнение об услугах и их качестве, а также желание и возможности получать какие-либо дополнительные услуги.

Исходя из исследования, были сделаны следующие выводы: большинство респондентов получают социально-медицинские и социально-бытовые услуги. При оказании социальных услуг учитываются потребности и пожелания каждого клиента. По итогам реабилитации: с улучшением здоровья и общего эмоционального состояния из отделения выписывается 80% клиентов, без перемен 20%. Граждане пожилого возраста, проходящие оздоровительно-реабилитационный курс, довольны предоставляемыми социальными услугами, входящими в перечень гарантированных государством социальных услуг. Были предложены по получению дополнительной услуги, например гирудотерапии.

Таким образом, перспективным направлением деятельности центров социального обслуживания является расширение спектра социальных услуг, внедрение инновационных технологий социальной работы с пожилыми гражданами.

## **ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ГОТОВНОСТЬ БУДУЩИХ СПЕЦИАЛИСТОВ СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЫ К ПРОФЕССИИ**

**Султанова Д.Р.**

**Казанский государственный медицинский университет  
Научный руководитель – к.соц.н., доц. Тимуца О.В.**

Возрастает роль профессиональных социальных работников в разрешении, преодолении и смягчении социальных конфликтов, социальных эксклюзий, формировании социального государства и гражданского общества. Содержательная и организационно-методическая основа перехода системы высшего профессионального образования России на инновационный путь развития заложены в государственных образовательных стандартах. Они определяют аспекты формирования у будущих специалистов социальной сферы компетенций различного характера. Требуется создание условий для становления ключевых характеристик психологической готовности к профессиональной деятельности, которая определяется развитием у студентов мотивационной направленности на эту деятельность, формированием у них профессионально значимых качеств, удовлетворенностью более значимыми в становлении профессионала сторонами учебной деятельности, формированием эмоционально-волевого и коммуникативного компонентов готовности к профессиональной деятельности. Зависимость между уровнем сформированности психологической готовности будущего социального работника и результатами его профессиональной деятельности диктует необходимость управления этим личностным процессом. Он становится управляемым, если: обеспечивается исходная диагностика уровня психологической готовности личности к профессиональной деятельности и обучению; проектируются пути перевода ее на более высокий уровень; соблюдается функциональное единство всех компонентов образовательно-воспитательного процесса. Выделяют качества, без которых социальный работник не может быть профессионалом. К ним, кроме прочих, относят работоспособность, энергичность, настойчивость в достижении цели и готовность испытывать психологический дискомфорт. Эти свойства присущи людям, обладающим нервно-психической выносливостью. Важно отношение социального работника к себе. Если человек не умеет правильно относиться к себе, не умеет решать собственные психологические проблемы, то вряд ли он сможет решать проблемы других. Область научных интересов по заданной теме может быть сосредоточена на следующих направлениях: взаимосвязь между психологической готовностью и выбором студентом направления специализации; выработка профессионально важных качеств у будущих профессионалов и тренировка психической выносливости.

## **ПРЕДСТАВЛЕНИЕ НАСЕЛЕНИЯ О ГЕНДЕРНОМ НЕРАВЕНСТЕ (ПО РЕЗУЛЬТАТАМ АНКЕТИРОВАНИЯ)**

**Андреевская А.П.**

**Казанский национальный исследовательский технологический университет  
Научный руководитель – к.и.н., доц. Морозов А.В.**

В настоящее время гендерные исследования достаточно широко проводятся во всем мире, в том числе и в России. Нами было проведено эмпирическое исследование с целью выяснения отношения к гендерному неравенству.

Среди методов проведения гендерного исследования нами было выбрано анкетирование.

Задачи исследования заключались в том, чтобы:  
Выявить наличие гендерного неравенства в различных областях жизнедеятельности;  
Сравнить мужское и женское представление о гендере.  
В ходе анкетирования было опрошено 48 респондентов: 21 мужчина и 27 женщин.  
Большинством респондентов на вопрос «Существует ли в нашем обществе проблема дискриминации по полу» был дан положительный ответ – 58,3% (25% - мужчины, 33,3% - женщины). Жертвами дискриминации чаще становятся женщины – 72,95%.

Среди причин гендерного неравенства респонденты выделяют следующие:  
Гендерные стереотипы;  
Патриархальные традиции;  
Разный уровень физического развития, в связи с которым женщины не могут выполнять тяжелую физическую работу и др.

На вопрос, связанный с оплатой труда мужчин, были получены полярно разные данные. Мужчины склонны считать, что их труд не всегда оплачивается выше – 39,58%. 35,4% женщин ответили – «Труд мужчины всегда оплачивается выше».

С прямым проявлением гендерного неравенства сталкивались 33,3% женщин, а 35,42% мужчин ответили на вопрос отрицательно. Однако 95,85% респондентов довольны положением женщин/мужчин в обществе.

Ответы, на актуальный вопрос о формах гендерного неравенства, разделились следующим образом: мужчины (10,42%) сталкивались с «приоритетом матери, при разводе, в воспитании ребенка», а 25% женщин с неравно оплачиваемым трудом за одинаковую работу.

Проведенный нами анализ показывает, что общество признает гендерное неравенство как проблему. Однако очень большой процент респондентов (95,85%) отмечают удовлетворенность положением мужчин и женщин в современном обществе. Исходя из этих данных, можно сделать вывод о том, что осознание наличия проблемы не формирует необходимость ее решения.

На основании проведенного исследования была выявлена необходимость в просвещении населения о проблеме гендерного неравенства и необходимости разьяснения ее глубины. В целом же мужчины и женщины все больше становятся похожи, и неравенство постепенно будет уходить «в прошлое».

## **ВЗАИМОСВЯЗЬ СОЦИАЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ И СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЫ**

**Порфирьева Н.Э.**

**Казанский государственный медицинский университет**

**Научный руководитель – к.соц.н., доц. Тимуца О.В.**

Степень благополучия общества в целом, определяется благополучием его членов. Именно это ? высокий уровень жизни населения, максимально широкие возможности для всестороннего развития, уверенность каждого в завтрашнем дне ? является главной целью социальной защиты любого государства. Современная действительность ставит перед человеком ряд проблем, решить которые он может только при помощи государства, которые имеет многовековые традиции в становлении системы социальной защиты населения.

Цель исследования ? выявление теоретических подходов к проблеме взаимосвязи социальной защиты и социальной работы.

Социальная защита — система мероприятий, осуществляемых государственными и общественными организациями по обеспечению гарантированных минимальных достаточных условий жизни, поддержанию жизни и деятельного существования человека.

Как следует из определения социальной работы, принятого Международной ассоциацией школ социальной работы и Международной федерацией социальных работников 27 июня 2001 года в Копенгагене, «профессиональная деятельность социальных работников способствует общественным изменениям, решению проблем человеческих взаимоотношений; содействует укреплению способностей к функциональному существованию в обществе и освобождению людей в целях повышения их уровня благополучия. Используя теории поведения человека и общественных систем, социальная работа способствует взаимодействию людей с их окружением. Принципы прав человека и социальной справедливости являются фундаментом социальной работы».

Исходя из выше предоставленных определений, можно выявить взаимосвязь этих понятий. Социальная защита является инструментом социальной работы, т.е. непосредственно через неё осуществляется социальная работа с населением. В задачах социальной защиты стоит обеспечение гражданам достойного уровня жизни, благополучного существования и предоставление равных условий развития. Эти цели и преследует социальная работа, что описывается в её толковании.

## **ТЕХНОЛОГИИ СОЦИАЛЬНОГО ПРОЕКТИРОВАНИЯ В СОЗДАНИИ ДОСТУПНОЙ СРЕДЫ ДЛЯ ИНВАЛИДОВ В РЕСПУБЛИКЕ ТАТАРСТАН**

**Султанова Д.Р.**

**Казанский государственный медицинский университет**

**Научный руководитель – ст. преп. Морозова О. Н.**

Социальная работа с людьми с ограниченными возможностями является актуальной проблемой для общества и приоритетным направлением государственной социальной политики. В связи с чем представляет особый интерес изучения программы «Доступная среда», способствующая созданию безбарьерной среды. Большое значение имеет создание необходимых условий для доступной среды, дружелюбной окружающей среды, благодаря которым возможно наиболее полное развитие способностей и максимальная интеграция инвалидов в общество.

Цель исследования – изучить, технологии социального проектирования в создании доступности среды для инвалидов в Республике Татарстан при помощи анализа двух показателей: 1) обеспечение доступности объектов и услуг в приоритетных сферах жизнедеятельности инвалидов и 2) процесса формирования толерантного отношения к инвалидам через средства массовой информации в рамках реализации государственной программы «Доступная среда» на 2011?2015 гг. в Республике Татарстан.

В соответствии с государственной программой Российской Федерации «Доступная среда» на 2011 – 2015 годы Республика Татарстан в сентябре 2011 года стала участником двухлетнего пилотного проекта по формированию условий доступности. За 2 года были проведены работы во всех 45 муниципальных районах городских округах республики, в ходе



которых было адаптировано 237 объектов. В 2013 году в Республике Татарстан доступными стали: 77 объектов здравоохранения, 71 – социальной защиты и занятости, 16 – культуры, 17 – учреждения профессионального образования, 35 школ; были оборудованы пешеходные переходы в 44 муниципальных образования РТ и 7 станций Казанского метрополитена. При реализации проекта обеспечивалась доступность не только объектов, но и услуг. К целям программы так же относилось создание толерантного отношения к инвалидам. Для того чтобы изменить взгляд людей на эту проблему, создается социальная реклама, снимаются фильмы, проводятся фестивали, где люди с ограниченными возможностями могут выразить себя в творчестве и доказать, что наравне со всеми могут вести активный образ жизни. Все вышесказанное свидетельствует о том, что Российская Федерация социальное государство, стремящееся к созданию каждому равных и достойных условий жизни, с целью реализации каждым собственного, внутреннего потенциала.

## **СОЦИАЛЬНАЯ ОТВЕТСТВЕННОСТЬ МАСС-МЕДИА В ИНФОРМАЦИОННОМ ОБЩЕСТВЕ: РЕГИОНАЛЬНЫЙ АСПЕКТ**

**Бортникова В.В.**

**Казанский национальный исследовательский технологический университет  
Научный руководитель – к.и.н., доц. Бабюх В.А.**

С развитием научно-технических и информационных технологий человек не представляет свою жизнь без информации. Вследствие этого он испытывает на себе чаще всего негативное влияние масс-медиа, которые, преследуя коммерческие цели, перестали задумываться о качестве распространяемой информации.

Цель исследования состоит в изучении современного состояния и выделении направлений совершенствования механизма социальной ответственности масс-медиа в информационном обществе по Республике Татарстан.

Методология исследования представлена широким набором разноплановых методов, среди которых: анализ литературы и иных источников, анализ нормативно-правовых документов, наблюдение, идеализация.

Социальная ответственность масс-медиа – это ответственность социальных институтов (пресса, книжные издательства, агентства печати, радио, телевидение и другие) перед конкретным человеком, обществом и государством в целом (аудиторией) за сбор, обработку и распространение информации в массовом масштабе; ответственность за качество, необходимость, достоверность той или иной информации.

Можно выделить 3 направления совершенствования механизма социальной ответственности масс-медиа:

1. Масс-медиа должны регулироваться обществом: создание законов об общественном (гражданском) телевидении и радио, а также следование нормам морали, общественным традициям, этическим правилам и принципам.

2. Средства массовой информации должны быть самостоятельными: речь идет о функционировании этических кодексов журналиста и общественных комиссий по масс-медиа.

3. Законодательная инициатива государства: разработка, принятие и реализация соответствующей нормативно-правовой базы по социальной ответственности масс-медиа.

Таким образом, в настоящее время для общества назрела необходимость корректировать деятельность средств массовой информации. Разумное сочетание саморегулирования масс-медиа и регулирования их обществом – идеальный фундамент для формирования социальной ответственности масс-медиа. Средства массовой информации не должны преследовать коммерческие цели. Они призваны нести обществу информацию, направленную на его развитие, а это требует нового уровня профессионализма, к которому необходимо стремиться.

## **ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ИНВАЛИДОВ**

**Семенов А.А.**

**Санкт-Петербургский государственный институт психологии и социальной работы  
Научный руководитель – к.п.н., доц. Семенов А.А.**

Государство, обеспечивая социальную защищенность инвалидов, призвано создавать им необходимые условия для полноценной жизнедеятельности и развития их творческого потенциала. Восстанавливая способности инвалидов к социальному функционированию и созданию условий для независимого образа жизни, социальные работники помогают им определить свои социальные роли.

При выполнении данной статьи нами использовались следующие методы исследования: анализ документов, интервью, анкетирование.

Одним из основных направлений социальной защиты инвалидов является создание условий для их профессиональной реабилитации. Профессиональная реабилитация включает в себя следующие виды деятельности: профориентация (профинформирование; профконсультирование; профотбор); психологическая поддержка профессионального самоопределения; повышение квалификации; содействие трудоустройству (содействие в трудоустройстве на временные работы, на постоянное место работы); квотирование и создание специальных рабочих мест для трудоустройства инвалидов; профессионально-производственная адаптация.

Для инвалидов, нуждающихся в специальных условиях для получения профессионального образования, создаются специальные профессиональные образовательные учреждения различных типов и видов или соответствующие условия в профессиональных образовательных учреждениях общего типа.

В центре нашего внимания была программа изучения влияния профессионального образования на процесс реабилитации инвалидов (в условиях поддержки сопровождающих служб).

Цель исследования: выявление эффективности профессиональной реабилитации инвалидов.

В исследовании принимали участие 30 человек, которые закончив ПРЦ работают по специальностям: лабораторная диагностика – 11 человек, изготовитель художественных изделий – 9 человек, портной – 5 человек, коммерция – 5 человек.

Анализ результатов опросов реабилитантов после прохождения обучения показал, что наиболее высоко они ценят следующие виды сопровождения: социальное – 59,2 балла; психологическое – 56,8 балла; медицинское – 49,4 балла.

Таким образом, можно сделать вывод о том, что организация профессиональной реабилитации в процессе обучения, помогает приобрести профессию, закрепиться на рабочем месте и получить удовлетворение от работы.

## **КАФЕДРЕ ЭКОНОМИЧЕСКОЙ ТЕОРИИ И СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЫ - 70 ЛЕТ!**

**Кузнецова Ю.Д.**

**Казанский государственный медицинский университет  
Научный руководитель – ст. преп. Утеева Э.Н.**

История кафедры богата как сменой названий, так и изменением состава сотрудников.

Кафедра политической экономии была создана в 1944 году.

Сегодня название кафедры – кафедра экономической теории и социальной работы.

Заведующими кафедры были:

1944 – 1960 – к. экон. н., Иван Илларионович Палагин;

1972 – 1986 – к. экон. н., доцент Рашит Салимович Мадьяров;

1986 – 1996 – к. экон. н., доцент Андрей Андреевич Евстратов;

1996 – 1988 – д. экон. н., доцент Галина Викторовна Морозова;

с 1998 – по настоящее время д. экон. н. Маргарита Николаевна Максимова.

Занятия и учебно-производственная практика проходят не только в учебных зданиях университета, но и в учреждениях и организациях всех социальных министерств Республики Татарстан и Российской Федерации.

На кафедре регулярно проводят в различных формах учебные занятия, консультации ученые, практики и специалисты из зарубежных стран со студентами, преподавателями, практическими работниками социального обслуживания, социального обеспечения, социальной защиты, занятости, пенсионного обеспечения, здравоохранения г. Казани, Республики Татарстан.

Базами производственной практики являются учреждения и организации Министерства труда, занятости и социальной защиты РТ, Министерства здравоохранения РТ, Отделения пенсионного фонда РФ по РТ, Министерства по делам молодежи, спорту и туризму РТ, Министерства образования РТ, Федерального казенного учреждения «Главное бюро медико-социальной экспертизы по РТ»; Центр экономических и социальных исследований РТ при Кабинете Министров РТ, Общество Красного креста и Красного полумесяца, Управление исправления наказаний Министерства юстиции РФ, Ассоциация социально-общественных организаций инвалидов РТ, Татарское республиканское правление Всероссийского общества глухих, Татарское республиканское правление Всероссийского общества слепых, НКО, общественные организации и др.

### **«ТРУДНАЯ ЖИЗНЕННАЯ СИТУАЦИЯ», ТРУДНАЯ ЖИЗНЕННАЯ СИТУАЦИЯ ЛЮДЕЙ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ**

**Бадретдинова А.Р.**

**Казанский государственный медицинский университет  
Научный руководитель – к.соц.н., доц. Тимуца О.В.**

Социальная работа, являясь наукой, учебной дисциплиной, видом практической профессиональной деятельности, имеет теоретическую базу знаний и специфическую терминологию. Одним из ключевых понятий теории социальной работы является «трудная жизненная ситуация». Осуществление социальной работы во всех ее проявлениях не возможно без четкого понимания этого термина.

Целью данного исследования является изучение определений «трудная жизненная ситуация», данных отечественными и зарубежными авторами, а также изучение трудных жизненных ситуаций людей с ограниченными возможностями.

В процессе изучения был произведен обзор классической литературы социальной работы, периодических публикаций, дающих определение понятия; изучена нормативно-правовая база социального обслуживания населения в Российской Федерации, в частности, положения, связанные с социальным обслуживанием людей с ограниченными возможностями.

В результате исследования были сделаны следующие выводы:

- все авторы в своих работах описывают термин «трудная жизненная ситуация» и, в целом, их суждения совпадают, в том числе и относительно трудной жизненной ситуации людей с ограниченными возможностями;

- законодательство четко определяет положения, которые можно причислить к трудной жизненной ситуации;

- инвалидность объективно является трудной жизненной ситуацией и детерминирована не только физическими отклонениями, но и социальной изолированностью, отсутствием возможностей для полноценной интеграции в общество людей с ограниченными возможностями, существующими предрассудками в отношении данной категории граждан;

- нормативно-правовая база, связанная с социальным обслуживанием людей с ограниченными возможностями, недостаточно полно освещает социальную и психо-эмоциональную составляющую жизненной ситуации таких людей и их семей.

Подводя итог, можно сказать, что в литературе, посвященной социальной работе, рассматривается трудная жизненная ситуация уязвимых категорий граждан в различных аспектах, однако в законодательстве это не отражается в полной мере, соответственно, мероприятия по устранению или уменьшению отрицательных факторов не предусмотрены или недостаточны.

### **ТЕХНОЛОГИЯ ОБЕСПЕЧЕНИЯ ЖИЛЬЕМ МОЛОДЫХ СЕМЕЙ Г.КАЗАНИ**

**Исаева Е.А.**

**Казанский государственный медицинский университет  
Научный руководитель – ст. преп. Морозова О. Н.**

Эффективная государственная поддержка молодых семей является гарантом развития семейной политики в целом. В решение такой острой проблемы молодой семьи, как жилищная, государство должно принимать активное участие. Связано это, прежде всего с тем, что данная проблема является ключевой в становлении молодой семьи как социального института.

Целью исследования является изучение технологии обеспечения жильем молодых семей.

Методы исследования: общенаучные методы (анализ и синтез учебной, научной и методической литературы) и социологические методы (анализ документов – нормативно-правовых актов РФ и РТ, статистических отчетов, результатов деятельности исполнительных органов РТ).

С целью изучения технологии обеспечения жильем молодых семей в РТ была рассмотрена долгосрочная целевая программа «Обеспечение жильем молодых семей Республики Татарстан» в г. Казани на 2012-2015 гг.

По итогам исследования было выявлено, что в рамках подпрограммы уже получили государственную поддержку более 7000 молодых семей. Из них за 2012г. – начало 2013 года – 54 молодых семей получили свое жилье по программе в г. Казани.

Также выявили, что число льготных категорий молодых семей, получивших субсидию в г. Казани, составило 8 (15%) семей, из них 3 многодетные семьи и 5 семей, имеющих в своем составе инвалидов. Остальные 46 семей (85%) стояли в очереди на общих основаниях. Что касается второго показателя, рассмотренного нами, то 48 семей (90%) из общего количества получивших социальную выплату были на момент выдачи с 1-3 детьми, а бездетных супружеских пар было 6 (10%).

Итак, проблема с жильем у молодых семей имеется, но решается данной программой не совсем эффективно. В связи с этим нами были разработаны следующие рекомендации:

1. Повысить информированность молодых семей о данной программе (в том числе молодых семей из сельских местностей), о возможностях и преимуществах данной программы.
2. Усовершенствовать порядок регистрации и участия молодых семей в программе. Создать электронную приемную и электронную очередь.

## **ИССЛЕДОВАНИЕ ОБРАЗА ЖИЗНИ СОТРУДНИКА КОЛЛЕКТИВА**

**Сагдиева Д.Р.**

**Казанский национальный исследовательский технологический университет**

**Научный руководитель – к.и.н., доц. Морозов А.В.**

Нами было проведено исследование образа жизни сотрудников учреждения «Территориальное управление Росимущества по Республике Татарстан» в г. Казань.

Среди методов было выбрано анкетирование.

Цель исследования - изучение состояния здоровья работников предприятия.

Задачи исследования:

1. Проведение диагностики состояния здоровья работников предприятия.
2. Выявление особенностей представлений о здоровом образе жизни испытуемых.

В исследовании принимал участие коллектив учреждения. Он состоит из 27 человек. Возраст работников от 20 до 40 лет.

Основное содержание вопросов анкеты направлено на:

1. диагностику состояния здоровья работников
2. выявление валеологической осведомленности, представлений о здоровом образе жизни
3. определение уровня здорового образа жизни коллектива и потребностей в его повышении и оценка состояния здоровья работников

Так, 35% работников оценивают состояние своего здоровья как хорошее, 14% как скорее хорошее, чем плохое и 35% как среднее.

Среди составляющих здорового образа жизни чаще отмечают: отказ от курения ( 77%), здоровое питание ( 70.3% ) и занятия спортом (74%).

Такие важные составляющие, как физически активная жизнь и умение справляться со стрессами были отмечены только 25% и 14% опрошенных.

Анализируя вышесказанное можно говорить о том, что представления о здоровом образе жизни у персонала предприятия различны и не соответствуют действительности. Они не всегда имеют четкого представления о влиянии на него производственных и других неблагоприятных факторов. Респонденты, принявшие участие в анкетировании неточно представляют себе составляющие формирующие здоровый образ жизни.

Таким образом, опрос показывает, что в большинстве случаев не приходится говорить о здоровом образе жизни коллектива организации «Росимущество». Существует ряд проблем: сотрудники предприятия страдают отдельными хроническими заболеваниями, им некогда заниматься физической культурой и т.д. Вследствие этого на данном предприятии необходимо проводить профилактическую работу по охране здорового образа жизни работников, что является одной из функций специалиста по социальной работе. Именно он может разрабатывать и проводить мероприятия направленные на укрепление здорового образа жизни трудящихся.

## **ДЕТИ С РАССТРОЙСТВОМ АУТИЧЕСКОГО СПЕКТРА ЗАБОЛЕВАНИЙ:ПРОБЛЕМА ИНТЕГРАТИВНОГО ОБРАЗОВАНИЯ**

**Насибуллина Я.Р.**

**Казанский государственный медицинский университет**

**Научный руководитель – к.соц.н., доц. Тимуца О.В.**

Детский аутизм особый тип нарушения психического развития, возникающий в результате биологической дефицитарности ребенка. По данным Международной конференции 2013 года численность детей с расстройством аутистического спектра (РАС) составляет 1:88 (каждый 88 мальчик, каждая 254 девочка).

Целью нашего исследования является выявление проблем обучения детей с РАС и возможные пути их решения.

Для организации такой помощи необходимо определить динамику становления проблемы развития ребенка. Специалистами, работающие с детьми с РАС было замечено, что потребность в общении у них не нарушена, но глазной контакт выдерживается непродолжительное время.

В настоящее время в России одновременно применяются 3 подхода в обучении детей с особыми образовательными потребностями: дифференцированное обучение, инклюзивное образование, интегрированное обучение. Последний вид является наиболее подходящим для детей с РАС и уже были выявлены проблемы, возникающие при интегрированном обучении ребенка-аутиста? это включение ребенка, прошедшего коррекцию в спецучреждении, психолого-педагогической поддержки, не квалифицированность педагогов, отсутствие межсекторного и межведомственного взаимодействия, подзаконных актов.

К сожалению, есть недостатки интегрированного образования. В первую очередь обучение детей с РАС нередко требует длительной индивидуальной работы, что приводит к удорожанию стоимости образования. Во-вторых, неготовность самого общества, так как достаточно часто человеку с ограниченными возможностями очень сложно найти понимание в «здоровом» коллективе.

Направления нашего исследования и возможная оптимизация интегрированного образования: деятельность по преодолению изолированности семей с детьми с РАС, исследование эффективности существующих моделей помощи, составление статистики количества детей-аутистов в Татарстане и количества интегрированных в структуру массовых школ.

Таким образом, необходимо проводить подготовку на всех уровнях: усовершенствование подзаконных актов законодательства в субъектах РФ, позволяющих создать стандарт образования и реабилитации таких детей, проведение разъяснительных работы с детьми в школе и с их родителями, повышение квалификации педагогического состава.

## **СОЦИАЛЬНАЯ РАБОТА С МАЛООБЕСПЕЧЕННЫМИ СЕМЬЯМИ**

**Зиннурова А.Ф.**

**Казанский государственный медицинский университет  
Научный руководитель – к.соц.н., доц. Тимуца О.В.**

Актуальность темы исследования заключается в том, что каждое общество стремится к повышению благосостояния своих членов, в том числе, малообеспеченных семей. Государство должно стараться создавать благоприятные условия для долгой, безопасной жизни людей, находящиеся в трудной жизненной ситуации. Цель исследования: изучить основы социальной работы с малообеспеченными семьями.

По Федеральному закону № 134-ФЗ от 24.10.1997 «О прожиточном минимуме» семья, среднедушевой доход которой ниже величины прожиточного минимума, установленного в соответствующем субъекте Российской Федерации, считается малоимущей и имеет право на получение социальной поддержки. Именно такие семьи мы относим к категории малообеспеченных.

Социальная работа — профессиональная деятельность, имеющая целью содействие людям, социальным группам в преодолении личностных и социальных трудностей посредством поддержки, защиты, коррекции и реабилитации. В России этот вид деятельности, а также система мер по оказанию помощи отдельным действительно нуждающимся лицам, активно развивается с 1991 года. Основные виды и формы адресной социальной помощи: денежная помощь, дотация на оплату питания и лечения, льготные ссуды и кредиты, натуральное обеспечение, гуманитарная помощь, услуги и льготы. Общее число получателей государственной социальной поддержки в России по состоянию на 1 января 2014 года составило 1, 36 млн человек. В 2013 году на финансирование мер социальной поддержки населения Республики Татарстан было направлено, 5 млрд. рублей.

В течение 2013 года в Республике Татарстан проводилась работа по оказанию государственной социальной помощи малообеспеченным семьям. Материальную помощь получили 5067 человек, средний размер выплаты на одного человека составил в 2013 году 3571 рублей.

В основах социальной работы с малообеспеченными семьями лежит также и опора на Федеральный закон «О государственной социальной помощи» №178-ФЗ от 17.07.1999г. Принятие закона говорит о том, что социальная политика в нашей стране развивается, большое внимание уделяется проблеме бедности, тем группам населения, которые относятся к изучаемой нами категории.

## **БЛАГОТВОРИТЕЛЬНОСТЬ КАК УСЛОВИЕ СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЫ**

**Сахибуллина А. И.**

**Казанский государственный медицинский университет  
Научный руководитель – к.соц.н., доц. Тимуца О.В.**

Осуществлять благотворительность значит «творить благо». Понятие «творить благо» всегда будет оставаться непостоянным и неоднозначным. Наличие большого количества крайне нуждающихся, уязвимых и незащищенных жителей в Республике Татарстана и во всей России делает эту тему сегодня чрезвычайно актуальной.

В Республике Татарстан благотворительность является значимым направлением деятельности. Уже вошло в традицию помогать нуждающимся людям, молодым семьям, людям пожилого возраста, детям, а также школам, детским садам, приютам, домам престарелых и многим другим. Не зря в Республике Татарстан 2007 год сделали Годом благотворительности. Были проделаны очень много дел, которых не сосчитать, которые имели «оттенок» добра, сострадания и милосердия.

Социальная работа неотъемлемо связана с благотворительностью, потому что благотворительность как форма социальной работы, направлена на непосредственное оказание социальной и материальной помощи нуждающимся через различные благотворительные организации.

В настоящее время в Республике Татарстан возрождающаяся благотворительная деятельность приобретает важное значение в решении многих социальных проблем. Два основных условия благотворительности сейчас это: адресность и контроль. Благотворительность сегодня в Республике Татарстан это сложный комплекс многопрофильных учреждений, организаций, фондов, которые оказывают социальную помощь по многим направлениям. Сегодня на территории нашей Республики действуют различные фонды, которые ежегодно выделяют гранты и стипендии для поддержки различных сфер жизни. Постепенно начинает развиваться институт добровольчества, особенно он популярен среди студентов.

## **СОЦИАЛЬНАЯ РАБОТА С ЛИЦАМИ БЕЗ ОПРЕДЕЛЕННОГО МЕСТА ЖИТЕЛЬСТВА**

**Хакимзянова А.А.**

**Казанский государственный медицинский университет  
Научный руководитель – к.соц.н., доц. Тимуца О.В.**

Гражданин без определенного места жительства – это гражданин, не имеющий регистрации по месту жительства в качестве собственника, по договору найма или поднайма, договору аренды, или не имеющий возможность проживать по месту регистрации по независящим от него причинам.

Актуальность данной работы обусловлена увеличением количества лиц БОМЖ и в связи с этим повышением заболеваемости среди них и, как следствие, потерей трудового ресурса для государства.

Точной статистики о бездомных не имеется, отсутствует и системный подход к искоренению бездомности. По данным МВД России лица БОМЖ составляют примерно 4,5 млн. человек, причем основная масса – мужчины трудоспособного возраста.

Сегодня механизм общих действий для помощи человеку БОМЖ, нигде не прописан и отсутствует на практике. В правовом поле нет и самого понятия «бездомность». Неопределенность на федеральном уровне транслируется и усугубляется на региональном и местном уровнях. Запросы, связанные с проблемами бездомного человека, в большинстве случаев не находят адресата и отработанного механизма решения. Проблемы бездомных решаются в частном порядке, а не с помощью налаженной системы. Немногочисленные центры адаптации лиц БОМЖ стараются наладить взаимодействие со службами разных направлений в своих регионах, но проблемы остаются.

НКО «Бюро по трудоустройству лиц, попавших в трудную жизненную ситуацию» уже более 14 лет занимается комплексной реабилитацией лиц БОМЖ. Эта организация не только оказывает разовую помощь своим клиентам, но и помогает им в восстановлении документов, трудоустройстве, а порой даже и в создании семьи. «Потерянные» люди не только

зарабатывают себе на жизнь, но и становятся налогоплательщиками. Данная организация плотно работает с ГУФСИН. С января по октябрь 2013 года из 358 обратившихся человек, 18 получили паспорт гражданина РФ, 126 человек получили регистрацию по месту пребывания, 78 получили медицинские полисы, 42 человека наладили родственные связи, а 12 человек создали семью.

Приведенное выше исследование свидетельствует о том, что при проведении грамотных реабилитационных мероприятий есть шанс вернуть человека в нормальную среду обитания, тем самым предоставляя ему возможность полноценно развиваться и быть полезным обществу.

## **СОЦИАЛЬНО ОРИЕНТИРОВАННЫЕ НЕКОММЕРЧЕСКИЕ ОРГАНИЗАЦИИ**

**Пепениева Т.Н.**

**Казанский государственный медицинский университет**

**Научный руководитель – к.соц.н., доц. Тимуца О.В.**

В настоящее время Социально ориентированные некоммерческие организации (СО НКО) представляют собой сформированную в организованные группы части населения, идентифицирующие себя с целевой группой, интересы которой защищают и реализуют. Они являются выразителями общественного мнения отдельных групп общества и способны организованно участвовать в решении вопросов, касающихся жизнедеятельности общества. Некоммерческие организации выросли в реально действующий самостоятельный сектор общественных отношений, характерными чертами которого являются заметно возросший профессионализм и широкий спектр направления уставных целей. Как отметил Президент РТ в своем выступлении на II республиканском форуме СОНКО: «Нас радует, что некоммерческий сектор ныне – это живой организм, в котором, как в зеркале, отражаются все значимые процессы развития нашего общества. Заметно возросло влияние таких направлений общественной деятельности, как благотворительность, социальная реабилитация больных редкими заболеваниями, борьба с антисоциальными явлениями и коррупцией. Безусловным авторитетом пользуются в нашей республике ветеранские и молодежные объединения». Участники форума, проведенного Общественной Палатой РТ – более 200 представителей СОНКО, более 100 – муниципальных образований и представителей органов власти.

Социально ориентированные некоммерческие организации (СОНКО) – некоммерческие организации, созданные в предусмотренных Федеральным законом формах и осуществляющие деятельность, направленную на решение социальных проблем, развитие гражданского общества в Российской Федерации.

Особую актуальность приобретает необходимость выстраивания системы взаимоотношений органов власти и СОНКО как равноправных субъектов взаимодействия в целях объединения усилий для решения задач социально-экономического развития региона. При реализации целей СОНКО испытывают проблемы, в первую очередь это:

- вопросы имущественного характера и вопросы, связанные с арендной платой, коммунальными платежами, платежами за потребляемую электроэнергию, услуги связи, вопросы информационно-коммуникативного характера;
- слабое материально-техническое оснащение;
- высокие транспортные расходы, связанные с реализацией социально значимых проектов;
- недостаток финансовых средств, для реализации социальных проектов и программ.

## **ПРОЦЕСС ОРГАНИЗАЦИИ ПОДДЕРЖИВАЕМОГО ПРОЖИВАНИЯ ДЕТЕЙ И ВЗРОСЛЫХ С МНР**

**Латыпова А.А., Муртазина Л.Э.**

**Казанский государственный медицинский университет**

**Научный руководитель – к.соц.н., доц. Тимуца О.В., ст. преп. Морозова О. Н.**

Дети и взрослые с множественными нарушениями развития (МНР) чаще других категорий, нуждающихся в социальной поддержке граждан, остаются неохваченными мероприятиями системы образования и социальной защиты. Система инклюзивного образования для данной категории не развита. Проблема появляется, и тогда, когда такой ребенок достигает школьного возраста и должен идти в школу, и, тогда, когда его возраст приближается к совершеннолетию. Перед родителями встает серьезная задача – как дальше создать качественные условия жизни своему ребенку. Маломобильные и практически не самостоятельные, эти люди обречены жить в четырех стенах родительского дома или интернатного учреждения, тогда как российское государство борется за то, чтобы не было детей-сирот, брошенных больных и старых граждан, а дети с инвалидностью были интегрированы в общество.

Идея «независимой жизни» прочно обосновалась в Европейских странах и в США. Это создание возможности для людей из рассматриваемой нами категории и членов их семей для полноценной жизни через организацию нового типа учреждения со смешанным типом проживания (семейным и внесемейным), терапия с повседневными занятиями, что позволит им в полной мере адаптироваться во взрослой жизни.

В России эта идея частично реализуется в Московской области центром «Наш солнечный мир» – организуются выездные лагеря в деревню для молодых людей с особенностями развития, где в течение недели они живут без родителей и им прививают элементарные бытовые навыки (помощь на кухне, уборка приусадебной территории и т.д.)

В г. Казани благотворительным фондом «Окно в НАДЕЖДУ» в настоящее время проводится экспериментальный этап организации поддерживаемого проживания людей с МНР. Цель эксперимента – привитие элементарных бытовых навыков самообслуживания. В арендуемом помещении взрослые с МНР при поддержке педагогов и волонтеров обучаются бытовому самообслуживанию, участвуют в образовательных занятиях, релаксируют. Ожидаемые результаты – обслужить 4 детей и взрослых с МНР, провести обучающий семинар-тренинг для родителей, педагогов и волонтеров, снять видеоролик по итогам проекта и провести итоговый семинар, где будут подведены полученные результаты. Волонтерскую помощь при тренировке отдельного проживания участников проекта оказывают студенты КГМУ.

## **КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ КАК ТЕХНОЛОГИЯ СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЫ С СЕМЬЯМИ, ВОСПИТЫВАЮЩИМИ ДЕТЕЙ-ИНВАЛИДОВ**

**Муртазина Л.Э.**

**Казанский государственный медицинский университет**

**Научный руководитель – к.соц.н., доц. Тимуца О.В.**

Консультирование — это процедура, ориентирующая граждан, отдельных лиц, семей, групп путем советов, указания на альтернативные формы оказания помощи, определения целей и обеспечения необходимой информацией. Консультирование

занимает важное место в практике социальной работы с семьями, воспитывающими детей-инвалидов, т.к. родители крайне нуждаются в информации о болезни ребенка, о прогнозах лечения, о правах на социальную поддержку.

Цель исследования: рассмотрение консультирования как технологии социальной работы с семьями, воспитывающими детей-инвалидов, его основных направлений, в том числе инновационных;

Задачи исследования: рассмотрение опыта консультационной деятельности реабилитационного центра; исследование инновационных методов консультирования в практике социальной работы.

В г. Казани около 3,5 тысяч детей-инвалидов. Из них около 25% – дети с множественными нарушениями, до 2% – дети с редкими заболеваниями.

ГАУСО «Реабилитационный Центр для детей и подростков

с ограниченными возможностями «Солнечный»

МТЗ и СЗ РТ» реализует следующие направления консультирования: социально-медицинское, психологическое, социально-педагогическое, правовое, первичное, по запросу, профориентационное, по вопросам социокультурной реабилитации, реабилитации средствами физической культуры и спорта.

Практика консультирования семей детей-инвалидов показывает, что в некоторых случаях семья не доводит до конца консультирование или, не веря диагнозу, начинает искать другого, «более удобного» специалиста. Исходя из принципа соблюдения интересов ребенка, необходимо «удержать» родителей от преждевременного прерывания консультирования.

Также в силу маломобильности детей, занятости родителей, невозможности регулярного посещения Центра таким семьям не всегда удается получить необходимый объем информации.

Решением этой проблемы стала бы организация дистанционного консультирования специалистами Центра. Примером успешного применения этой технологии является сайт Ассоциации содействия больным синдромом Ретта (<http://www.rettsyndrome.ru/>). На сайте есть форум, где родители могут задать интересующий их вопрос на тему болезни, реабилитации и адаптации, поделиться опытом. Также есть так называемая «обратная связь» для коммуникации с администраторами сайта и специалистами Ассоциации.

## **ВЫНУЖДЕННАЯ МИГРАЦИЯ: ПРОБЛЕМЫ БЕЖЕНЦЕВ И ВЫНУЖДЕННЫХ ПЕРЕСЕЛЕНЦЕВ**

**Исакова А.Р**

**Казанский государственный медицинский университет**

**Руководитель – к. с. н. доц., О.В.Тимуца**

Вынужденная миграция – это сложное явление с которым столкнулось мировое сообщество. С одной стороны, она представляет собой часть более обширного явления - миграции населения, с другой, в силу собственной специфики, требует совершенно иных подходов, как в плане теоретического осмысления и анализа, так и при практическом решении возникающих в данной области проблем.

В разное время, в разных регионах мира многие сотни тысяч людей изгонялись либо покидали обжитые места по причине их принадлежности к той или иной расе, национальности, религии, определенному социальному классу, либо вследствие политических убеждений. Кто-то бежал от войны, от погромов, кто-то от политических репрессий, а кто-то в поисках лучших условий жизни.

Если естественная миграция – это процесс саморегулирования демографической, экономической и социальной подсистемы общества, то ситуация, когда люди вынуждены покидать свою родину или место постоянного проживания из-за угрозы преследований и физического насилия, стихийных бедствий носит экстремальный характер. Разумеется, важнейший аспект исследования рассматриваемой проблемы - комплексный анализ системы социальных связей (экономических, социокультурных, политических), в которых оказываются вынужденные переселенцы и беженцы.

Вынужденные мигранты – это специфическая социальная группа, её составляют люди с одинаковыми поведенческими особенностями и имеющие общие проблемы, независимо от их этнической, а иногда и гражданской принадлежности. Важнейшей характеристикой таких людей является резкое изменение их социального статуса.

В последние годы вынужденная миграция осуществляется из всех стран ближнего зарубежья и горячих точек самой России. Наиболее многочисленную группу мигрантов составляют русскоязычные. В результате распада СССР Россия приняла почти 3 миллиона вынужденных переселенцев. Если в их отношении власти разрабатывают законы и различные программы поддержки, то политика в отношении мигрантов из дальнего зарубежья практически не дает им возможности легально жить и работать.

## **СОЦИАЛЬНАЯ РАБОТА В ЗДРАВООХРАНЕНИИ**

### **ПРОБЛЕМЫ ОРГАНИЗАЦИИ СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЫ КАК СОСТАВЛЯЮЩЕЙ ПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ В ПРАКТИКЕ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ КЛИНИКИ**

**Осипова Я.А.**

**Казанский государственный медицинский университет**

**Научный руководитель – к.псх.н., ст. преп. Гончарова О.Л.**

Социальная работа в психиатрии, являясь составляющей мультидисциплинарного сотрудничества, может быть определена как совокупность способов организации процесса адаптации, направленных на оптимизацию ресурсов личности клиента и ресурсов социальной среды, на совладание с трудной жизненной ситуацией.

На базе Республиканской клинической психиатрической больницы им. акад. В.М. Бехтерева с целью анализа проблем организации социальной работы как составляющей психосоциальной реабилитации в практике психиатрической клиники. В исследовании применялся метод полуструктурированного интервью со специалистами и пациентами клиники.

Анализ оценок организации психосоциальной работы с пациентами по шкале «удовлетворительно – неудовлетворительно», показал, что 67% заведующих отделениями дали оценку «удовлетворительно», в то же время, 67% специалистов по социальной работе считают ее организацию «неудовлетворительной», при этом обе группы единодушно

считают, что психосоциальная работа осуществляется не в полном объеме. Анализируя проблемы в организации социальной работы, 100% заведующих отмечают проблему нехватки специалистов по социальной работе с опытом, а 100% специалистов по социальной работе главную проблему видят в своей оторванности от мультидисциплинарного сотрудничества. Большую часть рабочего времени специалист по социальной работе выполняет технические функции: 100% специалистов в этом видят проблему, а 100% заведующих считают данную ситуацию нормальной. 67% заведующих отделений, 67% специалистов по социальной работе, 64% пациентов оценивают организацию досуга «удовлетворительно». В свободное время 85 % пациентов играют настольные игры, читают, 5% пишут стихи, рисуют, 10% предпочитают спать. 90 % опрошенных выразили готовность к участию в различных занятиях, кружках. Полученные результаты показывают, что психосоциальная работа в клинике находится в состоянии, требующем для развития решения ряда проблем как экономического, так и организационного плана.

## **ОПЫТ ДОБРОВОЛЬЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ В ПРОФИЛАКТИКЕ ПОТРЕБЛЕНИЯ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ ДЕТЬМИ-СИРОТАМИ**

**Тихонова Л.В.**

**Казанский государственный медицинский университет  
Научный руководитель – д.э.н., доц. Максимова М.Н.**

Всем известно, что употребление наркотических веществ стало серьезной молодежной, подростковой и детской проблемой как в РФ, так и РТ, в том числе в г. Чистополь РТ.

Дети-сироты относятся к наиболее не защищенному слою населения. Сложно говорить о полном исключении психонегативных явлений из жизни ребенка, учитывая его низкую социализацию в детских домах. Но проводить такую работу необходимо.

Цель нашего исследования: проанализировать опыт добровольческой деятельности в работе с детьми по профилактике потребления психоактивных веществ (ПАВ).

Методы исследования: анализ и сравнение опыта добровольцев г. Чистополя в проведении проекта «Шаг вперед» по первичной профилактике ПАВ.

Грантовый проект «Шаг вперед», разработанный в рамках Летней добровольческой школы «Доброград – 2011», полученный для реализации в г. Чистополе, проводился с сентября 2011 по март 2012 гг. Цель проекта – профилактика потребления ПАВ у детей-сирот. Отличительная особенность проекта – организация детям альтернативного времяпрепровождения, научить детей-сирот социальным формам проведения свободного времени без потребления ПАВ.

Целевой аудиторией были воспитанники детского дома (25 человек), в возрасте от 10 до 16 лет.

В ходе проведения проекта с детьми мы выяснили:

- дети очень хорошо информированы по поводу ПАВ,
- есть дети которые курят, но очень хотят бросить,
- дружба, любовь, родные братья и сестры, спорт, знания, доброта, человечность оказались для ребят важнее.

Результатом социального проекта «Шаг вперед» явилась инициатива воспитанников детского дома по созданию социального ролика о выборе человеком собственного пути. Своеобразная дилемма человека между непонятной компанией незнакомых людей или верными, здоровыми друзьями, между мимолетным влечением или дорогим человеком, между заядлым курильщиком или спортсменом, быть любителем выпить или художником, актером и др.

После завершения проекта, проводя патронаж детей, с которыми проводился проект, мы увидели, что ребята, не потребляющие ПАВ, не начали потреблять их, а стали посещать больше культурно-спортивные мероприятия города (например, мероприятия Православной молодежи г. Чистополь, спортивные секции на базе комплекса «Батыр»), различные кружки (например, балетные танцы).

## **ДОСТУПНАЯ СРЕДА ДЛЯ ИНВАЛИДОВ В МЕДИЦИНСКИХ УЧРЕЖДЕНИЯХ ПРИВОЛЖСКОГО РАЙОНА Г. КАЗАНИ**

**Камалова А.М.**

**Казанский государственный медицинский университет  
Научный руководитель – ст. преп. Морозова О.Н.**

Согласно закону №181-ФЗ от 24 ноября 1995 г. инвалид, это лицо, которое имеет нарушение здоровья со стойким расстройством функций организма, обусловленное заболеваниями, последствиями травм или дефектами, приводящее к ограничению жизнедеятельности и вызывающее необходимость его социальной защиты. Основным показателем для инвалидов является ограничение жизнедеятельности – полная или частичная утрата лицом способности или возможности осуществлять самообслуживание, самостоятельно передвигаться, ориентироваться, общаться, контролировать свое поведение, обучаться и заниматься трудовой деятельностью.

В зависимости от степени расстройства функций организма и ограничения жизнедеятельности лицам, признанным инвалидами, устанавливается группа инвалидности, а лицам в возрасте до 18 лет устанавливается категория «ребенок-инвалид».

Целью исследования является изучение медицинских учреждений Приволжского района г. Казани на доступную среду для людей с ограниченными возможностями.

Объектом исследования являются люди с ограниченными возможностями.

Предметом исследования выступают медицинские учреждения Приволжского района г. Казани, изученные на доступную среду для людей с ограниченными возможностями.

В работе были использованы методы изучения интернет ресурсов, посещение медицинских учреждений. Одной из главных причин, которая заставила инвалидов обратиться в медицинскую службу их физическая ограниченность. В поликлиниках и больницах многих городов РФ не учтены, и не предусмотрены обязательные требования, которые обеспечат доступность инвалидам к любым видам медицинских услуг.

Правительство РФ и РТ уделяет достаточно средств для создания доступной среды инвалидам, но, к сожалению, профессионализм исполнителей место удобства для инвалидов только осложняет задачу для людей с ограниченными возможностями.

## **ОРГАНИЗАЦИЯ ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ ДЕТЯМ С РЕДКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ**

**Латыпова А.А.**

**Казанский государственный медицинский университет  
Научный руководитель – к.соц.н., доц. Тимуца О.В.**

Ключевым звеном в организации помощи людям с редкими заболеваниями является ребенок и его ближайшее окружение – на него будут направлены действия и услуги со стороны государства, пациентских организаций, медицинских и образовательных учреждений, бизнес-структуры. Предлагаемая система не является эталоном организации социальной помощи детям с редкими заболеваниями, является гибкой и может трансформироваться под влиянием тех или иных изменений.

Пациентские организации являются основным проводником между ребенком с редким заболеванием и другими субъектами системы. Связь между ребенком и общественной организацией может заключаться в донесении до государственных органов власти о потребностях, проблемах ребенка.

Взаимодействие между общественной организацией и государством может быть направлено на укрепление общих усилий по оказанию помощи ребенку и его ближайшему окружению. Пациентская организация может содействовать в формировании регистра людей, страдающих редким заболеванием, создании переговорных площадок между организацией и представителями органов государственной власти.

Общественные организации также могут держать связь с первичным звеном медицинской помощи. Взаимосвязь может заключаться в возможности быстрого выявления лиц, страдающих редкими заболеваниями в медицинских учреждениях – детских поликлиниках, например.

Реабилитационные центры могут составлять индивидуальные программы развития в соответствии с индивидуальной программой реабилитации, которые могли бы успешнее реабилитировать ребенка.

Бизнес-структуры осуществляют благотворительную деятельность конкретным детям или учреждениям и не зависят от кого-либо. Поэтому общественные организации могут активно взаимодействовать с бизнес-структурами, чтобы последние могли оказывать благотворительную помощь в лечении и реабилитации ребенка с редким заболеванием.

Средства массовой информации может освещать проблемы детей с редкими заболеваниями, посредством транслирования телепередач о таких детях, создавая у общества толерантное и дружественное отношение к таким детям. Взаимодействие со СМИ может осуществлять как общественные организации, так и государство, формируя государственный заказ.

## **ШКОЛА ДЛЯ РОДИТЕЛЕЙ ДЕТЕЙ, СТРАДАЮЩИХ РЕДКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ (РЗ), КАК СПОСОБ ПОВЫШЕНИЯ ИХ ПРАВОВОЙ ГРАМОТНОСТИ**

**Муртазина Л.Э.**

**Казанский государственный медицинский университет  
Научный руководитель – к.соц.н., доц. Тимуца О.В.**

Впервые в России понятие «редкие заболевания» (РЗ) было закреплено в ФЗ «Об охране здоровья граждан Российской Федерации» в 2011 г.: редкими считаются заболевания, встречающиеся с частотой 10 случаев на 10 тыс. населения.

Для всех РЗ существуют общие проблемы – поздняя диагностика, недостаточная информированность врачей и пациентов о РЗ и методах их лечения, отсутствие стандартов лечения и реабилитации, трудности в получении необходимых лекарственных препаратов и других методов терапии, отсутствие отделений, которые специализируются на лечении пациентов с РЗ, нет образовательных учреждений, где могут воспитываться и обучаться дети с трудностями развития вследствие РЗ. Все указанные проблемы существуют и в Республике Татарстан.

В г. Казани АНО «Ассоциация содействия больным синдромом Ретта» в настоящее время реализует проект «Родители детей-инвалидов с редкими заболеваниями – за права детей на диагностику, лечение, реабилитацию и образование».

Цель проекта – увеличение компетентности представителей детей и взрослых пациентов с РЗ, представителей медицинского сообщества, расширение их возможностей в области информирования по вопросам диагностики, лечения, реабилитации и обучения пациентов с РЗ.

В рамках проекта организациями-партнерами проводится бесплатное консультирование по вопросам РЗ с помощью сайта Ассоциации (<http://www.rettsyndrome.ru/>), skype и электронной почты; проводится образовательный курс «редкие заболевания», включающий 4 аспекта: клинический, фармакологический, правовой, психо-социальный; по окончании проекта планируется проведение Круглого стола.

Анализ первых вопросов от пациентов и заинтересованных лиц позволил выделить наиболее интересные их направления: 1) лечение за рубежом; 2) финансирование (за счет Минздрава, либо сбор средств при помощи благотворительных организаций); 3) специфические льготы, пособия, другие виды помощи людям с РЗ, и необходимые документы для ее предоставления 4); социальное обеспечение в целом инвалидов как категории (обеспечение колясками, предоставление льгот, пособий и др.).

Вышеперечисленные группы вопросов формируют перспективные направления научных исследований в области РЗ, определяют поле деятельности для государства, СОНКО и бизнес-структур, заинтересованных в решении данных вопросов.

## **СОЦИАЛЬНО-МЕДИЦИНСКАЯ РАБОТА С ЮНЫМИ МАТЕРЯМИ**

**Каташова Н.Э.**

**Пензенский государственный университет  
Научный руководитель – к.соц.н., доц. Козина Г.Ю.**

Несовершеннолетнее материнство стало за последние годы одной из самых актуальных социальных проблем в РФ. Каждый пятый ребенок рождается у матери, не достигшей 18-летнего возраста. Юные матери и их младенцы представляют группу высокого риска, так как они подвержены сильному психо-эмоциональному напряжению и нуждаются в социальной поддержке.

Материнство в юном возрасте таит в себе множество проблем, связанных с социальной и личностной незрелостью юных мам. Девушки-подростки не могут оценить важность и ответственность этого события в их жизни. Они больше, чем кто-либо, зависимы от установок родителей и окружающих. Часто, рождая ребенка, юная мать имеет весьма неблагоприятную



семейную ситуацию. Женщины младших возрастных групп в основном не замужем. Большинство юных матерей проживают совместно с родителями. Кроме того, юная мать, как правило, не в состоянии достигнуть ступени личностной и социальной зрелости, необходимой для воспитания ребенка.

Не вызывает сомнения то, что юные матери нуждаются в социально-медицинской помощи. Одним из путей оказания такой помощи может стать социальная реабилитация.

При разработке программы реабилитации юных матерей необходимо учитывать социальный, медико-социальный, психологический статус девушек. В программе социальной реабилитации юных матерей можно выделить социальный, психокоррекционный, медицинский, профориентационный и правовой аспекты.

Социальное направление прежде всего должно быть ориентировано на адаптацию юной матери в социуме.

Психокоррекционный аспект должен включать помощь юным мамам в освоении новой социальной роли – материнства, осознании ответственности за ребенка. Эта работа должна проводиться не только с юными матерями, но и с их социальным окружением.

Медицинский аспект должен включать в себя гигиенические моменты, обучение уходу за младенцем, профилактику и лечение осложнений родов и послеродового периода.

Работа в профориентационном направлении предполагает помощь юным мамам в решении проблем завершения обучения, получения профессии и трудоустройства.

Правовой аспект предполагает законодательскую деятельность по охране прав матери и ребенка.

Реедаптация позволит скорректировать отношение юной мамы к собственному ребенку.

## **СОЦИОЛОГИЯ**

### **ГЕНДЕРНЫЙ АНАЛИЗ КЛИЕНТОВ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ**

**Габидуллина М.Ш.**

**Казанский государственный медицинский университет**

**Научный руководитель – к.и.н., доц. Петрова Р.Г.**

Актуальность темы исследования определяется тем, что в условиях реформирования бюджетного здравоохранения все большую значимость приобретает сектор платной медицинской услуги. Он постоянно расширяется, его значение неуклонно растет, появляются новые способы лечения, новые медицинские центры. Так же наблюдается различие гендерного состава клиентов этих центров.

Объект исследования являются мужчины и женщины пользующиеся платными медицинскими услугами.

Предмет исследования: гендерный анализ клиентов платных медицинских услуг.

Цель исследования: провести гендерный анализ клиентов платных медицинских услуг.

Гипотеза исследования: мужчины чаще чем женщины обращаются за платными медицинскими услугами.

Нами был проанализирован сайт Наболело-тат.ру. Из исследования можно сделать вывод, о том, что женщины имеют более активную жизненную позицию, и почти в 2 раза чаще мужчин, принимают участие в форумах сайта.

Были исследованы данные с сайта Федеральной службы государственной статистики где приведены данные по обращаемости за медицинскими услугами. Результаты проведенного опроса свидетельствуют о том, что в учреждение здравоохранения обращаются 39,6% мужчин и 60,4% женщин. Среди тех, кто не обращается за медицинской помощью также можно отметить некоторые различия по полу. Среди мужчин больший процент в принципе не обращает внимания на болезнь («само пройдет») – 68,8% и 32,2% женщины, тогда как сторонники самолечения одинаково часто встречаются и среди мужчин - 45,5%, и среди женщин - 54,5% соответственно.

Изучив сайты частных поликлиник, и проанализировав данные с регистратур частных клиник города Казани, мы пришли к выводу, что услуги платной медицины больше предпочитают женщины, нежели мужчины (75% и 60% соответственно), респонденты, не достигшие 35-летнего возраста, имеющие средний и высокий уровень доходов.

Это полностью опровергает нашу гипотезу о том, что мужчины чаще, чем женщины обращаются за платными медицинскими услугами.

### **ГЕНДЕРНЫЕ АСПЕКТЫ БРАЧНОГО ПОВЕДЕНИЯ СОВРЕМЕННОЙ МОЛОДЕЖИ**

**Кутузова А.М.**

**Казанский государственный медицинский университет**

**Научный руководитель – к.и.н., доц. Петрова Р.Г.**

Актуальное направление современной социологии является исследование гендерных аспектов брачного поведения, в связи с проявлением кризисных тенденций в функционировании современной семьи, затрагивающих все сферы ее жизнедеятельности. Под кризисом подразумевается неспособность института семьи выполнять свои основные функции. Трансформации брачного поведения и как следствие изменение образцов семейной жизни, требуют серьезного осмысления с точки зрения гендерного подхода.

Целью научного исследования является изучение гендерных стереотипов брачного поведения современной молодежи.

Методом научного исследования послужил анкетный опрос женщин и мужчин, не состоящих в браке (официальном или гражданском).

Исследование показало, что происходит историческое завершение смены прежних гендерных стереотипов. Возникает противоречие между представленными в прошлом (феминными и маскулинными) и реально сформированными для лучшей адаптации в этой жизни качествами, преимущественно представленными в таких стереотипах (прежде всего, морально-нравственными). Как у молодых людей, так и у девушек имеется значительное расхождение представлений о будущем партнере по браку (идеализированный образ) и опыта взаимодействия со сверстниками, получаемого в подавляющем большинстве случаев, из практики досугового общения. Девушки главными качествами своего будущего избранника считают: любящий, мужественный, обаятельный, сильный. Юноши в идеальном образе девушки видят прежде такие качества как:

женственность, красота, искренность, состояние счастья. В реальном социальном взаимодействии образ девушки приобретает такие качества: сострадательные (эмпатийные), самодостаточные, не проявляющие любовь (не любящие), не женственные. Основное противоречие в образах реальной и идеальной девушки заключается в диаметральной несовместимости параметров женственности. Это отражает ситуацию, когда сверстники для представительниц молодого поколения не являются потенциальным объектом любви и построения долговременных отношений. Респонденты признают семью как жизненную ценность и, в то же время, имеют ряд специфических ожиданий соответствующих их брачным намерениям, тендерных представлений о модели семьи, которые чаще всего являются продлевающими срок решения о заключении брака и снижающими его надежность.

## **ИНКЛЮЗИВНАЯ ГОРОДСКАЯ СРЕДА ДЛЯ ЛЮДЕЙ С ИНВАЛИДНОСТЬЮ**

**Никонова А.А.**

**Казанский государственный медицинский университет  
Научный руководитель – д.п.н., проф. Мухарямова Л.М.**

Вопрос создания свободного и открытого города для людей с инвалидностью встал перед учеными, исследующими пространство, в том числе географами, городскими планировщиками, архитекторами не так давно – с середины XX века, когда первые инвалиды-активисты решили бороться за гражданское право свободного перемещения. Стремление изменить окружающую среду вокруг себя нашло выход в концепции независимой жизни инвалидов. Ее дальнейшее развитие смогло привлечь внимание мирового сообщества на людей с инвалидностью. Итогом стало принятие сначала Всемирной программы действий в отношении инвалидов (1982 г.), а затем Конвенции о правах инвалидов ООН (2006 г.). В Конвенции впервые вводится понятие «универсальный дизайн», появление которого затронуло проблему формирования доступного городского пространства.

Инфраструктура городов, их конструкция фактически «обездвиживает» человека, максимально ограничивая его от участия в общественной жизни. Помимо физических барьеров, важнейшим сдерживающим фактором является и отсутствие доступа к информационным ресурсам и источникам. Городское пространство неравно распределяет условия социальной мобильности между разными группами людей. Среди тех, кому наиболее сложны такие передвижения, оказываются и люди с инвалидностью.

В сравнении с западной политикой создания доступной среды, российские правительственные директивы о доступе, дизайне архитектурной среде очень отстают, а городской среда представляет собой яркий пример того, как люди с нарушениями могут быть исключены из общественной жизни из-за барьеров различного характера. Фактически городская среда разделяет людей на две противоположные группы инвалидов и неинвалидов, социально включенных и социально исключенных. Конструкция физической инфраструктуры города, включающая архитектуру и транспорт, мешает людям с инвалидностью участвовать в различных сферах общественной жизни. Сегрегация по признаку физической доступности создает такую городскую среду, которая определяется учеными как «барьерная», «ограниченная», «эксклюзивная». Решение этой проблемы, а именно исключение архитектурных, идейных, социальных, экономических, политических барьеров позволит крупным городам стать сбалансированными, инклюзивными сообществами, в которых комфортно, открыто и безбоязненно смогут сосуществовать разные категории людей.

## **ДЕПРИВАЦИЯ СОЦИАЛЬНОЙ АДАПТАЦИИ СТУДЕНТОВ С ИЗБЫТОЧНОЙ МАССОЙ ТЕЛА**

**Фастова Е.А.**

**Волгоградский государственный медицинский университет  
Научный руководитель – д.м.н., проф. Губанова Е.И.**

Проблема социального самочувствия лиц, страдающих избыточным весом и ожирением, в современном обществе является актуальной, массовой и социально значимой. Эта проблема является не только медицинской, но и социальной, т.к. ведет к хронической и социальной депривации.

Особо опасной следует признать ситуацию среди юношеского возраста, т.к. данный возрастной период является стадией онтогенетического развития между подростковым возрастом и взрослостью. Выбор периода для проведения мониторинга обусловлен тем, что он наиболее сложен для становления социального взаимодействия и характерен структурированием новых социальных ролей.

Цель исследования - выявление состояния социального самочувствия студентов с избыточным весом.

Методы исследования.

Для объективного и субъективного выявления лиц страдающих избыточной массой тела и дальнейшего определения их социального самочувствия нами с помощью антропометрического метода и анкетирования были исследованы 178 студентов 3 курса ВолГМУ.

Результаты

Анализ антропометрических данных показал, что 16,29% от числа исследуемых страдают ожирением. При этом при анкетировании данный процент составлял 9,55%. Это говорит, о наличии социальных препятствий, которые имеют лица с повышенной массой тела.

В ходе анкетирования всех имеющих ожирение разделили на три категории: 1 - чувствующие себя наравне с лицами имеющими оптимальную массу тела или незначительно чувствующих свою социальную нестабильность – группа оптимистов 48%; 2 - осознающие свою социальную неполноценность, но замещающие данное обстоятельство благодаря позитивному восприятию или условиями созданными их семьями и ближайшим окружением - сублимирующая группа 29%; 3 - видящие конфликт в собственном несовершенстве с установленными представлениями об идеальной массе тела - пессимисты 23%. Комплексы по поводу лишнего веса имеют 75,9% обследуемых. По субъективным ощущениям избыточная масса тела мешает вести полноценную жизнь – 44,8% и личную жизнь – 58,6%.

Выводы.

Исследование позволяет выделить среди студентов с избыточной массой тела «оптимистов», «сублимирующих» и «пессимистов». Недостаточная адаптация большинства является объективной их характеристикой, формирующей из них группу социального риска, имеющую возможность испытать множественное ограничение их социальной адаптации.

## **ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ ОБРАЗОВАНИЕ И ПЕРСПЕКТИВЫ ТРУДОУСТРОЙСТВА ЛИЦ С МЕНТАЛЬНОЙ ИНВАЛИДНОСТЬЮ**

**Мифтахова Л.Р.**

**Казанский государственный медицинский университет  
Научный руководитель – к.соц.н., доц. Кузнецова И.Б.**

В настоящее время в России не развита практика трудоустройства, занятости лиц имеющих нарушения в интеллектуальном развитии. Среди созданных условий для их социальной интеграции можно выделить: дошкольное, школьное образование, которое сводится к специальному (коррекционному) обучению, услуги реабилитации, которые ограничены возможностью пребыванием в реабилитационных центрах в течение двух месяцев в течение года.

Цель – изучить систему школьного и профессионального образования лиц с ментальной инвалидностью в перспективе их дальнейшего трудоустройства (на примере Республики Татарстан).

Методы – анкетирование родителей детей с ментальной инвалидностью и интервьюирование специалистов образовательных учреждений.

Результаты исследования. По состоянию на 2013 год в Татарстане функционируют 36 специальных (коррекционных) школ VIII вида для умственно отсталых детей. Основной деятельностью школ является не только освоение детьми образовательной программы для коррекционных школ, но также привитие им навыков профессиональной деятельности. В этих целях в большинстве школ организуются занятия по направлениям швейное, слесарное, столярное, штукатурно-малярное дело, озеленитель-цветовод. После освоения образовательной программы 9 классов выпускники имеют возможность получить дальнейшее профессиональное образование. Образовательных учреждений, имеющих возможность принять на обучение детей с ментальной инвалидностью после школы в республике не так много - Казанский строительный колледж, Казанский колледж малого бизнеса и предпринимательства, Казанский машиностроительный техникум, Набережночелнинский политехнический колледж №56 и профессиональное училище 63 г.Нижнекамск. Здесь обучают на повара, штукатур-маляра, озеленителя, цветовода, столяра, слесаря.

В вопросах трудоустройства и занятости этой категории лиц ситуация осложнена тем, что подобную статистику профильные министерства и ведомства не ведут. Для работодателей главный фактор отказа в трудоустройстве – наличие диагноза, без оценки возможности трудоспособности.

Заключение. В Республике отсутствует статистика занятости лиц с ментальной инвалидностью, преобладает стереотипное отношение к данной категории людей, отсутствуют специализированные рабочие места. Трудоустроиться могут только благодаря личным связям родит.

## **ОТНОШЕНИЕ К ГОМОСЕКСУАЛЬНОСТИ: ОПЫТ ИССЛЕДОВАНИЯ МОЛОДЕЖИ РОССИИ, СТРАН БЛИЖНЕГО И ДАЛЬНЕГО ЗАРУБЕЖЬЯ**

**Гудз Д.О.**

**Казанский государственный медицинский университет  
Научный руководитель – асс. Фахретдинова Л.М.**

Целью данного исследования является выявление отношения студентов к феномену гомосексуальности и определение различий в оценках в зависимости от их регионального происхождения. Объектом исследований послужили лица мужского и женского пола в возрасте от 18 до 28 лет. Предмет исследования – отношение к гомосексуализму людей различных национальностей. В качестве основного метода было применено неформализованное интервью, которое производилось очно, а также в режиме онлайн конференции по скайпу с иностранными гражданами. Всего в опросе участвовало 60 человек, которые были разделены на 3 категории: 1) граждане, родившиеся и проживающие в Российской Федерации 2) иностранные граждане, родившиеся и проживающие в странах СНГ 3) иностранные граждане, родившиеся и проживающие за пределами России и СНГ.

Исследование показало, что хотя большое количество респондентов против гомосексуализма, однако все равно большая часть все же относится к лицам нетрадиционной ориентации лояльно. В результате проведенного исследования я пришел к выводу, что зарубежные граждане немного терпимей относятся к секс-меньшинствам, нежели граждане постсоветского пространства. Также был замечен факт, что граждане России и СНГ несмотря на всю свою неприязнь к гомосексуализму в общем, не имели ничего против гомосексуализма у противоположного пола. Так, например, при опросе мужчины не считали женскую гомосексуальность пороком, но при этом очень жестоко реагировали, когда дело касалось мужской. И наоборот, что касается женской точки зрения. У иностранцев же не было замечено дифференциации гомосексуализма на мужской и женский, то есть отнеслись одинаково к обоим типам однополых любви. Также, стоит обратить внимание на то, что в целом мужчины намного строже и жестче к гомосексуализму, причём, как жители России, так и иностранцы.

## **ОПТИМАЛЬНАЯ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ УЧЕБНОЙ НЕДЕЛИ В НАЧАЛЬНОЙ ШКОЛЕ: БЫТЬ ЛИ ПЯТИДНЕВКЕ**

**Якубовская Г.А., Тимофеева Д.В., Ахметвалиева Г.Р.  
Казанский государственный медицинский университет  
Научный руководитель – к.и.н., доц. Петрова Р.Г.**

Актуальность: Средняя школа переходит на ГОСТ-3 младшего звена, что вызывает разную оценку родителей и учителей.

Цель: выявить общественное мнение об оптимальном варианте продолжительности учебной недели в начальной школе.

Задачи:

1. выяснить мнение педагогов и родителей о том, сколько дней в неделю должны учиться младшие школьники и почему.

2. выявить проблемы, которые могут возникнуть при введении пятидневной учебной недели.

3. оценить целесообразность введения пятидневной учебной недели.

Объем выборки: 30 родителей.

Методы исследования: анкетирование, интервью.

Результаты: 73,3% родителей за введение пятидневной учебной недели. Большинство из опрошенных (63,3%) главным плюсом считает наличие времени для полноценного отдыха, а минусом – большую нагрузку в будние дни (26,67%). 76,7% родителей считают введение пятидневки целесообразным.

Таким образом, пятидневная учебная неделя является оптимальным вариантом для начальной школы. Ее введение возможно, несмотря на имеющиеся трудности.

## **ОЦЕНКА РИСКА, СВЯЗАННОГО С ВОЗДЕЙСТВИЕМ ПОВЕДЕНЧЕСКИХ ФАКТОРОВ РИСКА НА ЗДОРОВЬЕ РАБОТНИКОВ ПРОМЫШЛЕННОГО ПРЕДПРИЯТИЯ (НА ПРИМЕРЕ ПРЕДПРИЯТИЯ КАЛИЙНОЙ ПРОМЫШЛЕННОСТИ)**

**Рязанова Е.А.**

**Федеральный научный центр медико-профилактических технологий управления рисками  
здоровью населения**

**Научный руководитель – к.соц.н., доц. Лебедева-Несевря Н.А.**

Целью исследования являлась количественная и качественная характеристика уровней и интенсивности воздействия факторов образа жизни на развитие хронических неинфекционных заболеваний для группы работников предприятия калийной промышленности.

Оценка риска для здоровья, связанного с воздействием факторов образа жизни проводилась на основе результатов выборочного социологического исследования реализованного в 2013 г. методом – раздаточное индивидуальное анкетирование. Объем выборки – 168 человек. Способ отбора респондентов – целевой, основной критерий отбора – занятость во вредных условиях труда. Все опрошенные работники были мужчины.

Оценка риска осуществлялась в соответствии с этапами анализа риска, обозначенных в методических рекомендациях «Оценка риска, связанного с воздействием факторов образа жизни на здоровье населения» (МР 2.1.10.0033–11).

Был произведен расчет индивидуального риска развития ИБС и рака легкого от воздействия фактора «табакокурение». Для определения уровней и интенсивности воздействия фактора на развитие заболеваний был использован показатель среднесуточного поступления никотина в организм со значением –  $6,94 \pm 0,74$  мг., и возраст начала регулярного курения – 19 лет.

Анализ показал, что неприемлемый уровень дополнительного риска развития ИБС для данной группы работников будет достигнут к возрасту 57 лет ( $1,01 \cdot 10^{-3}$ ). При расчете приведенного индекса риска установлено, что умеренный риск, классифицирующийся как неприемлемый, также будет достигнут к 57 годам ( $=0,001007$ ).

Неприемлемый уровень дополнительного риска развития рака легкого будет наблюдаться в возрасте 64 лет ( $1,05 \cdot 10^3$ ). Значения приведенного индекса риска свидетельствуют, что неприемлемый уровень развития рака легкого также будет достигнут к возрасту 64 лет ( $i = 0,0010514$ ) и сохранится до конца всей жизни.

Исследование показало, что курение является наиболее значимым фактором в формировании ИБС и рака легкого среди исследуемой группы работников. Установленные уровни риска для данных заболеваний требуют незамедлительной разработки и проведения плановых оздоровительных мероприятий на предприятии.

## **ПРОБЛЕМЫ ЖЕСТОКОГО ОБРАЩЕНИЯ С ДЕТЬМИ В СЕМЬЕ И МЕРЫ ЕГО ПРОФИЛАКТИКИ**

**Талипова Л.А.**

**Казанский государственный медицинский университет**

**Научный руководитель – к.и.н., доц. Петрова Р.Г.**

Объект исследования – дети, подвергшиеся жестокому обращению в семье.

Предмет исследования – оказание социальных услуг детям, попавшим в трудную жизненную ситуацию.

Цель исследования – определить формы и методы оказания социальных услуг детям в городе Казани.

В Республике Татарстан в конце последнего квартала 2013 г., количество семей, в которых родители жестоко обращаются с детьми составляет 40 семей, количество детей в данных семьях – 77 несовершеннолетних.

Метод исследования – интервью со специалистом социальной работы и с психологом.

Были получены следующие результаты.

В Комплексном центре социального обслуживания населения в городском округе «город Казань», Отделение социальной помощи семье и детям в Приволжском районе обслуживаются 34 семьи, 63 несовершеннолетних, из них 3 семьи, в которых 5 несовершеннолетних подвергаются жестокому обращению со стороны родителей.

Чаще всего на территории обслуживаемого района встречаются такие формы жестокого обращения как пренебрежение нуждами ребенка, физическое и психологическое насилие. Детям, попавшим в трудную жизненную ситуацию оказываются социально-психологические, социально-педагогические и медицинские услуги.

Для заключения о постановке на межведомственный патронаж, специалисты проводят диагностику, на основании которой составляется акт обследования жилищно-бытовых условий семьи.

Отделение социальной помощи семье и детям проводит меры профилактики жестокого обращения с детьми в семье.

Информирование населения об услугах учреждения происходит путем издания специальных буклетов учреждения.

## **СОВРЕМЕННАЯ РОССИЙСКАЯ ИДЕОЛОГИЯ И МЕХАНИЗМЫ ЕЕ ФОРМИРОВАНИЯ**

**Ипатов Д.С.**

**Казанский (Приволжский) федеральный университет**

**Научный руководитель – к.соц.н., доц. Ханнанова Д.Х.**

В постсоветской России много копий сломано из-за идеологии. Многие ученые пытаются ответить на вопрос, какая идеология нужна России. В свою очередь, цель нашего исследования попытаться понять какие идеологические ценности у нас уже есть. И проанализированные нами социологические опросы за последние годы, указывают на тенденцию возрастания роли консервативных ценностей в общественном сознании. И правда: ценности порядка и стабильности, возврат к традиционным моральным ценностям, главенствующая роль государства в дилемме государство/личность – занимают лидирующее положение в социологических опросах. На наш взгляд консервативная идеология является доминирующей в современной России. Кроме того именно эту идеологию «Единая Россия» в 2009 году провозгласила официальной идеологией партии. Многие события социально-политической жизни страны в последние годы: запрет на пропаганду гомосексуализма среди несовершеннолетних, осуждение Pussy Riot, подавление оппозиционных волнений и др., – станут понятными, если мы примем во внимание, что консерватизм это некая призма, сквозь которую общество и власть смотрит на социальные проблемы.

Эти ценности стали доминирующими по разным причинам. В целом идеологические нормы и ценности личность приобретает: через свой собственный опыт и из средств массовой информации. Если ценности этих двух разных источников противоречат друг другу, у личности может возникнуть своеобразный ценностный диссонанс. Однако в нашей стране он для

большей части населения не существен. Люди которые в 90-е годы жили в условиях неопределенности и нестабильности вполне ожидаемо хотят жить в условиях порядка и стабильности (что и предлагает консерватизм). И с другой стороны власть, которая имеет в полном распоряжении основные СМИ, имеет возможность продвигать любые нужные ей ценности.

Альтернативы консерватизму в современном обществе не просматривается. Ценности либерализма дискредитированы в 90-е годы, а ценности коммунизма во времена СССР. Даже многие видные оппозиционные деятели стоят на консервативных позициях. И потому консерватизм – это не только явление нашего времени, но и тенденция будущего.

### **ЗАЧЕМ ПЛАТИТЬ, ЕСЛИ МОЖНО ПРОЕХАТЬ БЕСПЛАТНО?**

**Абдуллин И.И., Кукушкин С.И., Зиннуров Р.Р.**  
**Казанский государственный медицинский университет**  
**Научный руководитель – к.и.н., доц. Петрова Р.Г.**

Мы выбрали проблему безбилетного проезда в общественном транспорте, так как считаем её актуальной и злободневной для нашего времени. Нас интересует эта проблема, и нам интересно какие чувства испытывают «зайцы», а также какими изощренными методами безбилетного проезда они пользуются.

Предмет исследования: безбилетный проезд.

Объект исследования: пассажиры городского общественного транспорта.

Цели: Установить причины безбилетного проезда и выявить методы борьбы с «зайцами» в общественном транспорте.

Задачи: 1) Выяснить как часто люди не оплачивают проезд. 2) Выяснить много ли людей не оплачивают проезд. 3) Выяснить каково отношение других пассажиров к «зайцам». 4) Выяснить какие чувства испытывают «зайцы» при проезде в общественном транспорте, и какие методы они при этом используют.

Метод исследования – анкетирование.

Результаты исследования. Мы выяснили, что ежедневно не оплачивают проезд в общественном транспорте до 25% пассажиров. И делают они это очень часто. Мы выяснили, что 64% респондентов нейтрально относятся к «зайцам». Мы установили, что около 63,3% «зайцев» испытывают острые ощущения во время проезда в общественном транспорте. «Зайцы» предпочитают не оплачивать проезд, притворяясь спящим (56,6%). Основными причинами неоплаты проезда являются: повышение тарифов (36,6%). Наши предложения по решению проблемы: 1) Установить турникеты; 2) Повысить штрафы за безбилетный проезд; 3) Понизить цену на проезд; 4) Сделать социальные льготы детям, студентам, пенсионерам и т.д.

### **ДОМАШНЕЕ НАСИЛИЕ КАК СОЦИАЛЬНАЯ ПРОБЛЕМА**

**Гаязова С.Р.**  
**Казанский государственный медицинский университет**  
**Научный руководитель – д.ф.н., проф. Меньчиков Г.П.**

Целью данной работы является сравнение реального состояния проблемы домашнего насилия и её репрезентации в массовом сознании россиян. С этой целью нами был осуществлён вторичный анализ данных статистики.

Насилие в семье – явление не специфически российское, а универсальное, всеобщее. В различных формах и проявлениях оно существует во всех без исключения странах, независимо от их общественного и государственного строя. Представления о том, что насилие имеет место только в социально неблагополучных семьях, современные исследователи считают несостоятельным мифом общественного сознания. Насилие в семье происходит в любых слоях и категориях населения, независимо от классовых, расовых, культурных, религиозных, социально-экономических аспектов.

Согласно данным органов внутренних дел, ежегодно в семьях совершается 30 – 40% насильственных преступлений. 70% жертв насильственных посягательств, совершенных в семье, – женщины и дети, а также пожилые люди. Мужчины в семье, согласно исследованиям, чаще испытывают психологическое насилие. В подтверждении значимости данной проблемы можно обратить внимание на то, что 18 февраля 2013 года в Общественной палате состоялся круглый стол на тему «Насилие в семье – острая социальная проблема современной России», в котором приняли участие около 70 человек. В то же время, согласно данным ВЦИОМ, лишь 1% россиян определяет насилие (ссоры, драки) как фактор неблагополучия семьи, т.е. данная проблема не находит адекватного отражения в массовом сознании жителей нашей страны. В то же время позитивное определение семейного благополучия подразумевает неприятие данной проблемы (25% россиян считают основным признаком идеальной семьи взаимопонимание и взаимоуважение), которая, по всей видимости, не актуализирована в восприятии россиян в качестве самостоятельной.

### **ЗДОРОВЬЕ НАЦИИ КАК ОСНОВНОЙ РЕСУРС РАЗВИТИЯ ЭКОНОМИКИ**

**Петряшкина У.О.**  
**Пензенский государственный университет**  
**Научный руководитель – к.соц.н., доц. Козина Г.Ю.**

Здоровье нации представляет собой одновременно основной ресурс экономики и основной результат её функционирования. Если нация здорова, то она может создать большой национальный продукт. Так, В. Петти в своей «Политической арифметике» (1699) и Ф. Кенэ в работе «Люди» (1757) отмечали, что могущество государства находится в прямой зависимости от состояния здоровья его граждан.

За последние годы негативные тенденции в здоровье населения РФ продолжают нарастать. Это обусловлено социально-экономической нестабильностью, безработицей, усилением миграционных процессов, неполноценной структурой питания, экологическим неблагополучием. Всё это в совокупности приводит к сокращению ожидаемой продолжительности жизни, рождаемости, росту смертности, временной нетрудоспособности, инвалидности, снижает трудовой потенциал общества.

Особую социальную значимость имеет здоровье подрастающего поколения, именно оно представляет собой ближайший репродуктивный, интеллектуальный, экономический, социальный резерв общества.

Анализ материалов официальной статистики в динамике, результатов многочисленных научных исследований показал, что последние два десятилетия прослеживаются практически одни и те же цифры, характеризующие существенное ухудшение здоровья подрастающего поколения страны и здоровья нации в целом. В данной сфере можно назвать много проблем, провоцирующих ухудшение здоровья нации: наркомания, алкоголизм, курение. Прямым следствием алкоголизации и

наркотизации населения являются огромные экономические потери общества. Курение является одним из ведущих факторов разрушающих здоровье нации.

Большинство исследователей считают, что улучшение состояния здоровья нации может существенно повлиять на темпы экономического роста, и со временем это влияние будет расти. Здоровье населения – это не побочный продукт экономического развития, а, скорее, движущая сила экономического роста.

Одна из актуальных задач, стоящих перед обществом – это формирование ценностного отношения к здоровью. Здоровье обуславливает все стороны жизнедеятельности, поэтому его необходимо рассматривать как фундаментальную ценность, как фактор экономического благополучия общества.

## **ОТНОШЕНИЕ СТУДЕНТОВ К ФОРМИРОВАНИЮ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ В УСЛОВИЯХ СРЕДНЕГО ГОРОДА**

**Каржанина В.С., Ткачева О.А.**  
**Институт экономики и управления в медицине и социальной сфере**  
**Научный руководитель – к.соц.н., доц. Крапивка И.А.**

Здоровый образ жизни в последние годы стал актуальной темой для обсуждения, раньше этот вопрос поднимался лишь при обследовании у врача, а сегодня мы можем услышать и увидеть призывы к здоровому образу жизни практически везде: как на телевидении, так на радио и в газетах. В настоящее время увеличилось число исследователей, которые изучают отношение современной молодежи к здоровому образу жизни и рассматривают влияние социально-психологических факторов на отношение молодежи к здоровому образу жизни.

Цель исследования: выявить отношение сегодняшней молодежи к формированию здорового образа жизни, их реальные практики поведения.

Объект исследования: студентов высших учебных заведений города Краснодара (60 человек).

Основным методом исследования в данной работе является опрос в форме анкетирования.

В результате проведенного социологического исследования получены следующие результаты:

- оказалось, что 2/3 опрошенных студентов имеют вредные привычки и стараются уделять должное внимание правильному питанию. Но при этом среди юношей процент имеющих вредные привычки больше чем среди девушек.

- более 60% опрошенных студентов предпочитает проводить свободное время гуляя с друзьями, а 64% студенток проводят свободное время дома и почти не изъявляют желания заниматься спортом.

- 77% опрошенных студентов занимались различными видами спорта и продолжают заниматься спортом в отличие от студенток.

- многие респондентов уверены, что хотели бы заниматься каким-нибудь видом спорта, если бы у них было время и деньги. Также они считают, что здоровый образ жизни способствует успеху в других сферах человеческой деятельности.

- юноши и девушки в основном тратят достаточно много денег на приобретение витаминов, полезных продуктов питания и т.п., но есть некоторое количество студентов, которые предпочитают тратить небольшое количество денег или вообще не тратить.

- респонденты считают, что образ жизни - это здорово и для поднятия жизненного тонуса необходимы: соблюдение режима дня (20%), занятие спортом (27%) и постоянные прогулки на природе (36%).

В вопросе здоровая нация это – иллюзия или реальность мнения студентов полярны — абсолютно здоровая нация это - иллюзия и реальность в равной степени для них.

## **ПУБЛИЧНЫЕ АРЕНЫ КАК СРЕДСТВО РЕПРЕЗЕНТАЦИИ СОЦИАЛЬНЫХ ПРОБЛЕМ**

**Фахретдинова Л. М.**  
**Казанский (Приволжский) федеральный университет**  
**Научный руководитель – д.соц.н., доц. Ясавеев И. Г.**

Цель нашего исследования состоит в том, чтобы раскрыть содержание концепции публичных арен, что представляется актуальным, так как данный подход приобретает определённую популярность в контексте исследований, реализуемых в рамках социального конструкционизма. С этой целью нами был применён метод традиционного анализа документов.

Концепция публичных арен была представлена американскими социологами-конструкционистами С. Хилгартнером и Ч. Л. Боском в конце 1980-х годов в статье «Рост и упадок социальных проблем: концепция публичных арен». Само понятие публичных арен означает институционализированные средства изъятия мнений, такие, как масс-медиа, политические и общественные организации, суды, органы государственной власти и т.д. Авторы ориентировались, прежде всего, на интерпретацию феномена социальной проблемы, предложенную Г. Блумером, согласно которой «социальные проблемы, скорее, проекции коллективных чувств, настроений, мнений», а не отражение объективной социальной действительности. Данный подход в известной степени перекликается с теорией коммуникации Н. Лумана. Так же, как немецкий социолог подчёркивает значение конкуренции между темами в медиапространстве, Хилгартнер и Боск обращают внимание на то, что «общественное внимание является дефицитным ресурсом, распределяемым посредством конкуренции в системе публичных арен», при этом интенсивность конкуренции тем сильнее, чем меньше пропускная способность публичных арен, также обращается внимание на взаимосвязанность публичных арен и распространение проблемы, ставшей популярной на одной арене, на прочие. По этой причине субъекты, заинтересованные в публичной репрезентации своего мнения на соответствующих аренах, прибегают к различным средствам повышения привлекательности «своей» проблемы. В качестве таких средств Хилгартнер и Боск указывают драматизацию события и обеспечение новизны проблемы, учёт культурных условий и политической ситуации, пропускной способности арен, а также учёт институциональных ритмов, в соответствии с которыми функционирует та или иная арена. Отдельное внимание Хилгартнер и Боск обращают на феномен «приватизации» отдельных категорий социальных проблем «сообществами функционеров», производящих и обслуживающих социальные проблемы.

# СТОМАТОЛОГИЯ

## ЦИТОКИНОВЫЙ ПРОФИЛЬ У ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННОЙ РАСЩЕЛИНОЙ ГУБЫ И НЕБА

Тожиев Ф.И., Бадриддинов Б.Б.

Бухарский государственный медицинский институт

Научный руководитель – к.м.н., доц. Иноятов А.Ш., к.м.н., доц. Сулейманов С.Ф.

Цель: изучение цитокинового профиля у детей с врожденными пороками челюстно-лицевой области (ПЧЛО).

Методы исследования. Под наблюдением находились 57 детей с врожденной расщелиной губы и неба (ВРГН), которым было проведено оперативное вмешательство в хирургическом отделении в Бухарском Областном детском многопрофильном медицинском центре. Возраст обследованных – 1 - 7 лет. При изучении клинических данных дети были подразделены на группы: 1-я - врожденная расщелина неба (ВРН) - 19 детей. 2-я - односторонняя ВРГН – 23 ребенка. 3-я - двусторонняя ВРГН - 15. Из сопутствующих заболеваний в основном преобладали дисбактериоз - у 53 детей и аллергические заболевания (диатез, стоматит) - у 43 детей. Контрольную группу составили 16 здоровых детей аналогичного возраста. Изучение уровня цитокинов: IL-1 $\beta$ , TNF- $\alpha$ , IFN $\gamma$  в сыворотке крови проводили методом ИФА (ООО «Цитокин», СПб) в Институте иммунологии АН РУз.

Результаты. У детей с двусторонней ВРГН уровень TNF- $\alpha$  был значительно повышен по сравнению с данными контрольной группы, ( $P < 0,001$ ), при ВРН отмечено повышение в 2,7 раза ( $P < 0,01$ ), а при односторонней ВРГН уровень TNF- $\alpha$  повышен в 3,6 раза ( $P < 0,01$ ). У детей с двусторонней ВРГН уровень IL-1 $\beta$  в сыворотке крови возрос в 4,1 раза ( $P < 0,001$ ), у детей с односторонней ВРГН – более чем в 3,4 раза ( $P < 0,001$ ), у детей с ВРН – в 2,5 раза ( $P < 0,01$ ) по сравнению с данными контрольной группы. Анализ уровня IFN $\gamma$  показал достоверное его снижение у больных детей по сравнению с данными контрольной группы, которое наблюдалось во всех группах и не зависело от степени тяжести ( $P < 0,05$ ).

Таким образом, развитие внутриутробных аномалий представляет собой весьма актуальную проблему уже по причине их широкой распространенности. Отмеченные изменения в состоянии цитокинового статуса можно квалифицировать как вторичное иммунодефицитное состояние, а это требует проведения иммуномодулирующих мероприятий.

## ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ ПОЛОМОК МЕТАЛЛОКЕРАМИЧЕСКИХ КОНСТРУКЦИЙ

Камалов И.Г.

Казанский государственный медицинский университет

Металлокерамические протезы на сегодняшний день можно отнести к числу ортопедических конструкций с широким спектром применения для устранения и лечения дефектов твердых тканей зубов и зубных рядов, являющихся высокоэффективными протезами, но в то же время имеющие немалую стоимость, что влечет за собой большую степень ответственности. Клинические и технологические этапы протезирования зубов металлокерамическими конструкциями разработаны давно и в настоящее время они глубоко обоснованы с положительной оценкой отдаленных результатов их использования.

Существует немало проблем, связанных с качеством изготовления металлокерамических конструкций. Ошибки и дефекты, возникающие на этапах их изготовления, отчасти порождают недовольство и жалобы со стороны пациентов.

По данным литературы в 13,6% случаев, выявлено неудовлетворительное состояние керамической облицовки, от 4,7% до 57,4 % случаев могут привести к сколу. Различные виды осложнений в ходе пользования металлокерамическими протезами могут достигать 84% случаев.

В связи с выше изложенным актуальным остается вопрос анализа осложнений протезирования и дальнейшая разработка методов совершенствования этапов технического изготовления металлокерамических конструкций.

Для исследования были отобраны пациенты, которым в стоматологической поликлинике КГМУ ранее были изготовлены металлокерамические протезы.

На первом этапе нами был проведен анализ медицинских карт с 2006 года по 2013 годы, который выявил увеличение на 29,7 % применения металлокерамических конструкций. Второй этап предполагал микроскопическую оценку ортопедических конструкций, снятых в связи со сколами керамики с различных участков начиная с 2009 года по 2013 годы, а именно:

- в пределах эмалевого слоя - 14,5%;
- в пределах эмалево-дентинного слоя - 33,5%;
- непосредственно от металлической основы - 52% случаев.

В результате остается открытым вопрос об усовершенствовании технологии изготовления металлокерамических конструкций и увеличение времени эксплуатации ими у пациентов.

## ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ ДИЛАЦЕРАЦИИ ЗУБОВ СРЕДИ ПАЦИЕНТОВ ОРТОДОНТИЧЕСКОЙ КЛИНИКИ

Никифоров П.В., Фирсова И.В., Давыдова Н.В.

Саратовский государственный медицинский университет

Научный руководитель – доц. Суетенков Д.Е.

Термин «дилацерация» обозначает нарушение наклона или изгиба корня или коронки зуба. Трудности при эндодонтическом лечении зуба с дилацерацией возникают с момента постановки диагноза до стадии obturation. Аналогичная ситуация состоит и с удалением зубов. Зубы с подобной патологией приводят к нарушению формирования зубных рядов, снижают эффективность ортодонтического перемещения зубов. В результате анализа данных рентгенологических методов исследования челюстно-лицевой области 200 пациентов обратившихся в клинику ортодонтии СГМУ им. В.В. Разумовского было выявлено 56 пациентов (28%) с дилацерацией корней зубов. Общее количество зубов с дилацерацией = 164, 2,7% от всех оцененных зубов. Чаще основной причиной дилацерации корней зубов являлась скученность зубов и давление зачатков третьих моляров на вторые моляры на нижней челюсти. Показатель структуры (локализации): D8 (в.ч.) =  $(0/164) \cdot 100 = 0\%$ ; D8 (н.ч.) = 3%; D7 (в.ч.) = 20,7%; D7 (н.ч.) = 20,7%; D6 (в.ч.) = 11,6%; D6 (н.ч.) = 7,9%; D5 (в.ч.) = 6,1%; D5 (н.ч.) = 9,8%; D4 (в.ч.) = 0%; D4 (н.ч.) = 7,3%; D3 (в.ч.) = 0,6%; D3 (н.ч.) = 6,1%; D2 (в.ч.) = 1,2%; D2 (н.ч.) = 3,1%; D1 (в.ч.) = 1,2%; D1 (н.ч.) = 0,6%. На основании полученных данных статистического исследования, выявлено: что наибольшая частота встречаемости дилацерации у зубов 3,7, 4,7. Возможными причинами возникновения дилацерации зубов в данном случае являются: чрезмерное давление зачатков 3-х постоянных моляров нижней челюсти; дефицит места в зубном ряду;. Меры

направленные на улучшение качества оказания стоматологической помощи пациентам с дилацерацией зубов: регулярный осмотр ребенка у детского стоматолога, для своевременного создания места в зубном ряду, в случае скученности зубов; своевременное выявление аномалии прорезывания и положения 3-х моляров; оценка рентгенологического статуса первичных пациентов современными методиками.

### **НОВАЯ КОНСТРУКЦИЯ БРЕКЕТА С АКТИВНЫМ ПАЗОМ**

**Гордеев А.В., Н.В. Венатовская**  
**Саратовский государственный медицинский университет**  
**Научный руководитель – доц. Суетенков Д.Е.**

Существует значительное разнообразие брекетов. Наиболее широко применяемая модель – брекет системы ROTH, в конструкции которых имеются определенные недостатки. Брекеты этой системы представляют собой прямоугольную пластину, в углах которой расположены верхние и нижние крылья. В процессе лечения дуга входит в паз, и для изменения положения зуба брекеты перемещаются относительно дуги. При этом возникает трение между дугой и наружными гранями крыльев, которое ухудшает механику скольжения зубов, приводит к уменьшению скорости их перемещения и, в конечном счете, увеличивает и без того немалые сроки ортодонтического лечения. Кроме того, при перемещении зубов кзади по зубному ряду происходит заклинивание дуги в углах паза брекета, что резко снижает эффективность перемещения и может привести к неправильному наклону перемещаемых зубов. Таким образом, недостатком данной конструкции является значительное трение дуги о внешние грани паза брекета.

В настоящее время актуальной является разработка новых технологий и систем для снижения величины трения, возникающего в пазу брекета.

Впервые, предложенный нами брекеты включают: вращающиеся ролики, которые предотвращают заклинивание дуги, обеспечивают снижение трения, облегчают перемещение зубов и ускоряют сроки ортодонтического лечения, особенно в случаях с удалением зубов.

Конструкция состоит из замков-брекетов, имеющих паз, и специальной дуги, которая фиксируется в пазу брекета. За счет реализации программы (прописи), заложенной в паз брекета, при установке в него преформированной дуги происходит выравнивание зубных рядов. Во время перемещения зубов брекеты контактируют с дугой через ролики, за счет чего снижается трение между дугой и брекетом.

Предложенная конструкция уменьшает трение между дугой и брекетом, позволяет перемещать зубы без заклинивания дуги, за счет чего снижается длительность лечения и повышается его эффективность.

### **РЕЗУЛЬТАТЫ ОЦЕНКИ ОБРАЩАЕМОСТИ ПАЦИЕНТОВ ЗА ОРТОДОНТИЧЕСКОЙ ПОМОЩЬЮ**

**Шаймарданова Г.Ф.**  
**Чувашский государственный университет им. И.Н.Ульянова**  
**Научный руководитель – д.м.н., проф. Мухамеджанова Л.Р.**

В последние годы значительно возросла обращаемость взрослых пациентов за ортодонтической помощью. Особенность ортодонтического лечения этой группы пациентов обусловлена завершенностью периода роста и формирования лицевого скелета, девиантными формами ответа костной ткани на влияние активных элементов ортодонтической аппаратуры.

Целью исследования являлась оценка обращаемости пациентов за ортодонтической помощью по гендерно-возрастным показателям.

Методы исследования. Проведен анализ обращаемости пациентов за ортодонтической помощью в частную стоматологическую клинику Казани. Сведения получены путём выкопировки из 103 медицинских карт пациентов в возрастных группах 6-14, 15-19, 20-24, 25-29, 30-34, 35-44 лет. Статистический анализ результатов проводили при помощи программы «SPSS-14 for Windows».

Результаты, полученные в ходе исследования, свидетельствуют о том, что средний возраст обратившихся женщин составил  $30,7 \pm 3,5$  года, мужчин –  $23,7 \pm 2,4$  года ( $p > 0,05$ ). Так, из общего числа пациентов, проходивших курс лечения, пациенты в возрасте до 14 лет составили 3,4%, 15-19 лет – 10,5% ( $p < 0,05$ ), 20-24 лет – 16,8% ( $p < 0,05$ ), 25-29 лет – 23,8% ( $p > 0,05$ ), 30-34 лет – 19,9% ( $p > 0,05$ ), 35-39 лет – 17,9% ( $p > 0,05$ ), 40-44 лет – 7,7% ( $p < 0,05$ ).

Выводы. Результаты распределения по гендерному признаку оказались следующими: в группе пациентов до 14 лет и 15-19 лет преобладали юноши, что связано, по нашему мнению, с определённо высокой мотивацией к лечению со стороны родителей; в группе пациентов 20-24 лет мужчины и женщины обращались за помощью одинаково часто (12,8% и 16% соответственно), что мы связываем со стремлением соответствовать требованиям, выдвигаемым работодателями; в возрастных группах 25-29 лет и 30-34 лет женщины обращались в 3-4 раза чаще мужчин, что объясняется влиянием современных бытовых тенденций. В возрастной группе 35-39 лет частота обращения вновь становилась практически одинаковой. Полученные сведения могут быть использованы при планировании потока пациентов стоматологических клиник крупного города.

### **СОЧЕТАННАЯ ИЗМЕНЧИВОСТЬ ЛИЦЕВОГО ЧЕРЕПА ПО ЛИЦЕВОМУ ИНДЕКСУ И ЛИЦЕВОМУ УГЛУ**

**Филин Д.Н., Гаврюшова Л.В., Яковлев Н.М.**  
**Саратовский государственный медицинский университет**  
**Научный руководитель – д.м.н., доц. Анисимова Е.А.**

Краниометрические и рентгенологические методы исследования на сегодняшний день являются основными в краниологии. С целью изучения вариантной анатомии лицевого черепа на 120 томограммах взрослых людей в возрасте 18-75 лет, полученных при помощи дентального компьютерного томографа «I-CAT», измеряли полную высоту лица (назион-гнатийон), скуловой диаметр (зигион-зигион), лицевой угол – угол между линией, проведенной через назион-простион, и франкфуртской горизонталью с использованием программы «I-CATVision»; лицевой указатель определяли как процентное отношение высоты лица к ширине. Данные обрабатывали вариационно-статистическими методами, различия считали достоверными при  $p < 0,05$ . Основные диаметры лицевого черепа в среднем составляют: полная высота лица –  $118,76 \pm 0,58$  мм, скуловой диаметр –  $129,16 \pm 0,56$  мм. Скуловой диаметр превышает высоту лица в среднем на 8,8%, различия статистически значимы ( $p < 0,001$ ). Методом сигмальных отклонений черепа распределены в группы по высоте: высокие –  $M + \sigma$  ( $> 125,07$  мм), средние –  $M \pm \sigma$  ( $112,44 - 125,06$  мм) и низкие черепа –  $M - \sigma$  ( $< 112,44$  мм); показатель экстенсивности черепов по высоте соответственно составил: 16,7; 65,0 и 18,3%; по скуловому диаметру: широкие –  $> 135,31$  мм (18,3%), средние –  $123,1 - 135,3$  мм (65,0%) и



низкие черепа – <123,0 мм (16,7%); по лицевому индексу: эйрипрозопические – индекс <86,73% (13,3%), мезопрозопические – 86,74-97,33% (70,9%) и лептопрозопические черепа – >97,34% (15,8%). Лицевой угол в среднем составляет  $86,62 \pm 0,27^\circ$ . По величине лицевого угла выделены три формы черепа: ортогнатные –  $>89,54^\circ$  (19,2%); мезогнатные – 83,71-89,53° (68,6%) и прогнатные –  $<83,7^\circ$  (12,2%). Мезопрозопическая форма черепа в 68,3% сочеталась с мезогнатией, в 12,9% встречались прогнатные и в 18,8% – ортогнатные черепа. Эйрипрозопическая форма черепа сочеталась в 78,7% наблюдений с мезогнатной, в 15,8% – с ортогнатной и в 5,3% – с прогнатной формой черепа. Черепа лептопрозопической формы в 43,8% были мезогнатными, в 31,2% – прогнатными, в 25,0% – ортогнатными. Таким образом, мезогнатные черепа встречаются чаще при всех формах черепа; прогнатные и ортогнатные черепа чаще сочетаются с лептопрозопической формой черепа.

## **ОПТИМАЛЬНОЕ РАСПОЛОЖЕНИЕ УСТУПА ПРИ ИЗГОТОВЛЕНИИ МЕТАЛЛОКЕРАМИЧЕСКИХ КОРОНОК**

**Хабибрахманов И.И.**  
**Казанский государственный медицинский университет**  
**Научный руководитель – асс. Валеев М.Б.**

Одним из самых важных элементов при изготовлении металлокерамических коронок является формирование уступа. От уступа зависит надежная механическая устойчивость и качество краевого прилегания.

Целью исследования является ознакомление со всеми видами уступов при изготовлении металлокерамических коронок и оптимальное расположение уступа.

Способ препарирования под металлокерамическую коронку подразумевает формировать уступ или нет. Безуступное препарирование в настоящее время практически не используется ввиду возрастающих норм эстетики и требований к гигиеническим свойствам зубных протезов. Препарирование с уступом усложняет работу врача стоматолога-ортопеда и в ряде случаев увеличивает риск повреждения пульпы, но увеличиваются эстетические качества, кроме того, обеспечивается дополнительная длина препарированной поверхности для большей устойчивости искусственной коронки, а край коронки, находясь в уступе, не травмирует мягкие ткани маргинального пародонта.

В зависимости от расположения уступа различают препарирование: наддесневое, на уровне десневого края, поддесневое. Рекомендуется формировать уступ, используя наддесневое препарирование. Если ослаблен пародонт, то рекомендуется формировать на уровне десны. Если пародонт пациента здоровый и нужно добиться высокого эстетического эффекта, то край металлокерамической коронки может доходить до середины зубодесневой борозды и формируется поддесневой уступ.

Важно помнить, что при формировании уступа образуется угол препарирования, образованный плоскостями поверхности уступа и поверхностями культи зуба. Формируются уступы с углом 135 и 90 градусов. Наиболее оптимальным вариантом считается придесневой уступ с углом 135 градусов.

Ширина уступа зависит от групповой принадлежности зуба, его топографии и варьирует от 0,3 до 1,2 мм.

Таким образом, оптимальным расположением уступа при изготовлении металлокерамических коронок является формирование над десной с углом 135 градусов.

## **СРАВНИТЕЛЬНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ОРТОПЕДИЧЕСКИХ КОНСТРУКЦИЙ С ВОССТАНОВЛЕНИЕМ ЭНДОДОНТИЧЕСКИ ПРОЛЕЧЕННЫХ ЗУБОВ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ СТЕКЛОВОЛОКОННЫХ ШТИФТОВ И ЛИТЫХ ШТИФТОВО-КУЛЬТЕВЫХ ВКЛАДОК**

**Ахмедова Ю.А., Клементьева А.В.**  
**Казанский государственный медицинский университет**  
**Научные руководители – д.м.н., проф. Салеева Г.Т., асс. Сагитов И.И.**

Цель работы – сравнение эффективности восстановления культи зуба с применением стекловолоконного штифта и литой штифтово-культевой вкладки с учетом клинических данных в отдаленные сроки.

Проанализировано 18 клинических случаев ортопедического лечения с восстановлением культи зуба. Все восстановленные зубы относятся к жевательной группе. Перед восстановлением зубов проводилось эндодонтическое лечение методом вертикальной конденсации. В 12 случаях при подготовке зуба к восстановлению культевой части было сохранено 2 мм ткани зуба над уровнем десны – “ferrule effect”. В 6 клинических случаях сохранить ткани зуба выше уровня десны не удалось по объективным причинам. Первую группу составили 9 клинических случаев, где применялось восстановление культи зуба стекловолоконными штифтами LuxaPost и композитным материалом двойного отверждения LuxaCore компании DMG (Germany). Из них в 3 случаях “ferrule effect” отсутствовал. Вторую группу составили 9 клинических случаев, где применялась литая штифтово-культевая вкладка, отлитая из сплава CoCr. “Ferrule effect” в данной группе отсутствовал так же в 3 случаях. Группы сравнивались на сохранность конструкции в течение трех лет. Осмотр пациентов проводился каждые 6 месяцев. Критериями сохранности конструкции являлись: наличие трещин в зубе, расцементировки или перелом вкладки.

В результате проведенного исследования, в первой группе был выявлен 1 перелом в области верхушки корня, а во второй группе – 2 перелома. Полагаем, что данные переломы корней не являются следствием выбора метода восстановления культи зуба, так как они наблюдались только в зубах, где отсутствовал “ferrule effect”. Расцементировки или перелома штифта в первой группе не наблюдалось. Во второй группе в двух случаях произошла расцементровка, в одном из них “ferrule effect” отсутствовал. Результаты трехлетних исследований не показали объективной разницы между укреплением зуба с помощью стекловолоконного штифта или литой штифтово-культевой вкладки. Однако, за этот период, при пренебрежении правилами подготовки зуба к штифтованию в 5 из 6 случаев мы получили осложнения.

## **СРАВНИТЕЛЬНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ КОМПОЗИТНЫХ И КЕРАМИЧЕСКИХ РЕСТАВРАЦИЙ ПРИ ВОССТАНОВЛЕНИИ МЕЗИО-ОККЛЮЗИОННО-ДИСТАЛЬНЫХ ПОЛОСТЕЙ**

**Сафина Г.Ф., Сиразетдинов Н.И.**  
**Казанский государственный медицинский университет**  
**Научные руководители – д.м.н., проф. Салеев Р.А., д.м.н., проф. Салеева Г.Т.**

Цель работы: клиническое сравнение композитных и керамических реставраций у пациентов с мезио-окклюзионно-дистальными полостями.

Материалы и методы: было проанализировано 24 пациента с МОД полостями. Исследуемые были поделены на две группы по 12 человек. Первую группу составили те, у которых дефекты коронковой части устранялись с помощью

пломбирования композитным материалом Herculite XRV Ultra-Kerr по стандартному протоколу. Вторую группу составили пациенты, у которых МОД полости устранялись с помощью изготовления керамических вкладок по технологии CAD-CAM на врачебном блоке Ceres 3. Фиксация вкладки производилась адгезивным методом, используя адгезивную систему 4 поколения.

Наблюдение за состоянием реставраций в полости рта пациентов проводилось визуальным осмотром с использованием операционного микроскопа Leica M320. Период наблюдения – 2 года. В течение всего периода наблюдения пациентов приглашали на осмотр каждые 6 месяцев. Состояние реставраций оценивалось с помощью следующих критериев: цвет, краевое прилегание, наличие перелома реставрации, апроксимальные контакты. При положительной оценке, каждый из критериев оценивался в один балл, при неудовлетворительной оценке – баллов не присваивалось.

В результате проведенного исследования в первой группе суммарное количество баллов составило 32, во второй группе – 41 балл. При оценке результатов краевого прилегания керамической реставрации во всех случаях наблюдалось отличное прилегание. В 4 случаях краевое прилегание композитной реставрации оценивалось как неудовлетворительное. Переломов реставраций как в первой, так и во второй группе выявлено не было. Изменение в цвете керамических реставраций не наблюдалось, у композитных реставраций изменения в цвете произошли в среднем на 1 тон. В течение 2 лет в обеих группах в единичных случаях наблюдалось нарушение апроксимальных контактов.

В заключение хотелось бы сказать, что керамические вкладки позволяют сохранить первичный цвет реставрации, в отличие от композитных материалов. Этот критерий стоит учитывать при акцентировании на эстетической составляющей будущей реставрации. Также по результатам работы видно, что краевое прилегание керамической вкладки на протяжении двух лет остается неизменной, в то время как использование композитных материалов дает менее предсказуемый результат.

### **СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА КРАЕВОГО ПРИЛЕГАНИЯ КЕРАМИЧЕСКИХ ВКЛАДОК ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ РАЗЛИЧНЫХ ПОЛИРОВОЧНЫХ СИСТЕМ**

**Гильманова Г.С., Билалов И.Р.**

**Казанский государственный медицинский университет**

**Научный руководитель – д.м.н., проф. Салеев Р.А., асс. Сагитов И.И.**

Цель исследования. Провести сравнительный анализ краевого прилегания керамических вкладок к твердым тканям зуба при использовании различных полировочных систем.

Материал и методы исследования. В качестве материала были использованы: полировочная система компании 3М и набор полировочных боров фирмы SHOFU INC. Для исследования краевого прилегания вкладок к поверхности зуба было обследовано 24 пациента, имеющих дефекты твердых тканей зуба. Пациенты были разделены на две группы. Первую группу составили 11 пациентов, которым при применении фиксирующего цемента на границе вкладки – зуб использовалась полировочная система фирмы 3М, во вторую группу вошли 13 пациентов, которым использовали полировочные боры фирмы SHOFU INC. Для фиксации керамических вкладок использовался цемент двойного отверждения RelayxU200, для ее полимеризации применялась галогеновая лампа Elipar, Freelight 3М. После полимеризации фиксирующий материал был отполирован одной из полировочных систем. Контроль качества прилегания на границе вкладки – зуб проводили с помощью микроскопа Leica M320. Состояние реставраций оценивалось по следующим критериям: краевая адаптация между вкладкой, цементом и эмалью, состояние фиксирующего цемента с окклюзионной и апроксимальной поверхностями, текстурой поверхности. Каждый из представленных характеристик оценивался от «0» до «3», где «0» – наивысший балл.

Результаты. Независимо от выбора полировочной системы, качество краевого прилегания непосредственно сразу после полировки фиксирующего материала оценивалось как превосходное. При осмотре через год, в целом ситуация не изменилась. Осмотр с помощью микроскопа показал появление пигментаций на поверхности фиксирующего материала у 20% реставраций. При применении полировочной системы 3М краевое прилегание материала оценивается как «0» у 80% реставраций. Через год 72 % получили такую же оценку. При использовании полировочных боров SHOFU INC у 90% реставраций оценивается как «0», через год – 85%.

Закключение. В результате полученных данных, можно сделать вывод, что применение полировочных систем значительно улучшает краевое прилегание на границе вкладки – зуб. При этом выбор полировочной системы играет незначительную роль.

### **РЕЗУЛЬТАТ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО ОСМОТРА ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА В ДЕТСКОЙ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОЛИКЛИНИКЕ №5 ГОРОДА КАЗАНИ**

**Зайнуллина Д.Г.**

**Казанский государственный медицинский университет**

**Научный руководитель – к.м.н., асс. Габдрахманова М.Г.**

Проблема высокой стоматологической заболеваемости в раннем детском возрасте всегда будет актуальной. Дети от 1 до 6 лет представляют особую категорию пациентов для врача-стоматолога. Кариес временных зубов неуклонно прогрессирует с раннего детского возраста. К сожалению, увеличивается не только его распространенность, но и интенсивность. Поэтому установление факторов риска имеет большое значение для сохранения здоровья полости рта в дальнейшем.

Известно, что в качестве факторов риска возрастающей распространенности и интенсивности кариозных поражений временных зубов у детей раннего возраста считают:

- Воздействие различных отклонений в течении беременности;
- Заболевания ребенка в первые годы жизни;
- Влияние сопутствующей соматической патологии;
- Неудовлетворительная гигиена полости рта;
- Искусственное вскармливание, избыток легкоферментируемых углеводов.

В связи с этим, целью исследования было определение распространенности и интенсивности кариеса у детей в раннем детском возрасте на базе детской стоматологической поликлиники №5 г.Казани.

Задачи исследования:

- Выявление этиологических факторов риска в развитии стоматологических заболеваний;
- Определить морфологические и функциональные нарушения в строении зубочелюстной системы, и их взаимосвязь;
- Определение сроков повторных осмотров.

Материал и методы. Для исследования был проведен профилактический осмотр 48 детей в возрасте от 2 до 6 лет. Из них 20 детей не имели кариозных поражений (интактные зубные ряды). Низкий уровень интенсивности кариеса был выявлен у 18 детей, что составило 48% и высокий уровень у 2 детей (2,7%)

В результате проведенного исследования было выявлено, что индекс КП у детей, матери которых перенесли токсикозы во время беременности составил 4,45%, что соответствует высокому уровню интенсивности кариеса у детей; получившие питание из бутылочки интенсивность кариеса составила 4,6 %, что также соответствует высокому уровню интенсивности кариеса.

При определении уровня гигиены полости рта по индексу Федорова-Володкиной у большинства детей, гигиена полости рта была удовлетворительной 3,6%.

Таким образом, результат данной работы свидетельствует о необходимости внедрения индивидуальных профилактических программ с учетом основных факторов риска.

## **ПРИМЕНЕНИЕ ICON В ПЕРИОД СМЕННОГО ПРИКУСА ПРИ ЛЕЧЕНИИ НАЧАЛЬНОГО КАРИЕСА**

**Самханова З.Н.**

**Казанский государственный медицинский университет  
Научный руководитель – к.м.н., асс. Габдрахманова М.Г.**

Актуальность. Известно, что ведущим клиническим признаком кариеса зубов является очаговая деминерализация тканей зуба, которая чаще выявляется при плановых профилактических осмотрах детей. В свою очередь, каждая кариозная полость в своем развитии проходит эту стадию, где появление пятен на зубе связывают с проникновением пустот в эмали зуба, образующих растворением минеральных веществ зуба кислотами, вырабатываемыми бактериями полости рта.

Практикуемые методы реминерализующей терапии не могут полностью остановить процесс деминерализации эмали, поэтому в настоящее время разработали неинвазивный метод лечения кариеса, который не требует бормашины и позволяет избежать боли и использования анестезии. В связи с этим целью исследования явилось изучение неинвазивного метода лечения начального кариеса с использованием системы "ICON".

Материал и методы исследования.

Клиническая часть работы выполнена на 18 зубах постоянного прикуса (10 зубов вестибулярная поверхность центральных резцов верхней челюсти и 8 зубов пришеечная поверхность) у 20 детей в возрасте от 6 до 10 лет. В индивидуальной карте регистрировались все соответствующие данные: дата обработки, зуб и поверхность в начале лечения и при последующих осмотрах.

Технология метода и особенности.

1. Изолирование зуба с помощью коффердама.
2. Нанесение геля для "открытия" пор.
3. Высушивание участков.
4. Нанесение инфильтрата в два этапа.
5. Активизация процесса отверждения (используется полимеризационная лампа).
6. Снятие изоляции и полировка участков зуба.

Результаты исследования.

Наблюдение за динамикой после проведения лечения проводилось в течение шести месяцев. При этом учитывали клинические данные объективного обследования. С помощью зондирования проверялась плотность прилегания материала спустя шесть месяцев. Полная поверхность материала составило 99% и 1% частично.

Таким образом, использование системы ICON при лечении начального кариеса позволяет избежать реставрационных методов лечения.

## **УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ИЗГОТОВЛЕНИЯ МЕТАЛЛОПЛАСТМАССОВЫХ ПРОТЕЗОВ**

**Усманова Н.Р., Салеева Л.Р.**

**Казанский Государственный медицинский университет  
Научный руководитель – асс. Валеев М.Б.**

Устранение дефектов зубов и зубных рядов с получением высокого функционального и эстетического эффекта является одной из основных задач ортопедической стоматологии.

Для устранения дефектов зубных рядов в настоящее время широко используются цельнолитые несъемные металлопластмассовые протезы. Это объясняется их достаточно высокой прочностью, хорошим эстетическим эффектом при низкой, по сравнению с металлокерамическими протезами, стоимости. Однако до сих пор остается открытым вопрос надежного соединения полимерного облицовочного материала с каркасом протеза.

Недостатки, связанные с нанесением полимерного материала на металлическую поверхность с макроретенционными захватами, частично были преодолены в начале 80-х годов, когда был разработан оригинальный метод обработки Ni-Cr сплавов. При использовании этого метода вся контактная поверхность металлического каркаса в результате травления кислотным гелем могла обеспечивать микромеханическое соединение с полимерным материалом для фиксации. В результате процесса травления сплава на его поверхности образуется множество углублений и бороздок, которые обеспечивают прочное микромеханическое соединение с композитным фиксирующим материалом.

На кафедре ортопедической стоматологии Казанского государственного медицинского университета была разработана методика увеличения адгезии пластмассы к металлу при помощи метода ионно-плазменной обработки каркаса CoCr на приборе вакуумный универсальный пост ВУП-5 с нанесением полимерной пленки из полиметилакрилата с бомбардировкой ее ионами Ag<sup>+</sup>, приводящее к высокоадгезивному покрытию, увеличивающему силу сцепления полимера с металлом по сравнению с традиционным способом.

В процессе синтеза полимеров в плазме происходит упаковка молекул мономера. Полимеризация в плазме связана с процессами образования ковалентных связей между атомами подложки и молекулами полимера, поэтому получаемые таким образом тонкие полимерные пленки отличаются хорошей адгезией к поверхности металла, однородностью, прочностью.

Протезы, изготовленные данным методом, имеют гораздо лучшую адгезионную прочность, превышающую прочность полимерного покрытия, изготовленного традиционным способом, в 1,5-2 раза и исключает появление таких осложнений, как откол, отрыв пластмассы, появление микротрещин и изменение цвета протеза.

## **КЛИНИЧЕСКОЕ ПРИМЕНЕНИЕ ГИДРООКСИДА КАЛЬЦИЯ В ЭНДОДОНТИИ**

**Березин В.А., Исмаилов О.Р.**

**Казанский Государственный медицинский университет**

**Научный руководитель – к.м.н., асс. Старцева Е.Ю., асс. Березин К.А., асс. Котов А.А.**

Гидрооксид кальция используется для различных эндодонтических манипуляций с тех пор, как он был впервые описан в качестве эндодонтического вспомогательного средства (Hermann 1920). Пасты на основе гидроокиси кальция можно классифицировать как твердеющие и нетвердеющие материалы. Нетвердеющие пасты на основе гидроокиси кальция главным образом применяются в качестве внутриканальных медикаментов, в то время как твердеющие пасты используются как подкладки для предохранения пульпы зуба или эндодонтические силеры.

Чистая паста гидроокиси кальция вызывает полную инактивацию различных видов микроорганизмов в течение 12-72 часов в зависимости от бактериальных штаммов (Stuart et al. 1991, Estrela et al. 1998). Исследования in vivo показали, что 3-месячная, 1-месячная и 7-дневная внутриканальная повязка из гидроокиси кальция, после хемомеханического очищения, эффективно уничтожает большинство бактерий в инфицированных корневых каналах (Cvek et al. 1976b, Bystrum et al. 1985, Sjogren et al. 1991). Гидрооксид кальция также гидролизует липидные доли Грам-отрицательных бактериальных липосахаридов (LPS) (Safavi & Nichols 1993, Safavi & Nichols 1994) и было доказано устранение способности LPS стимулировать выработку TNF- у моноцитов периферической крови (Barthel et al. 1997), таким образом возможно уменьшение местного воспалительного ответа.

Гидрооксид кальция, введенный в периапикальную область проявляет себя хорошо толерантным и впоследствии резорбируется (Martin & Crabb 1977).

## **ПРИМЕНЕНИЕ ЭНЗИМОТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ С ПЕРЕЛОМАМИ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ**

**Жураев Б.Н., Тожииев Ф.И.,**

**Бухарский государственный медицинский институт**

**Научный руководитель – к.м.н., доц. Рахимов З.К., к.м.н., доц. Сулейманов С.Ф.**

Цель: изучение клеточного иммунитета и проведение иммунотерапии комплексом сильных ферментов (КСФ) у больных с переломами нижней челюсти (ПНЧ).

Методы исследования. Наблюдали 26 больных от 21 до 38 лет с диагнозом ПНЧ. У 5 (19,2%) диагностировали переломы обеих сторон, у 21 (80,8%) - открытый перелом тела нижней челюсти. В комплексное лечение ввели КСФ («Эвалар», Россия), назначенный 14 больным перорально с пищей, по одному драже 3 раза в день (1,2 г/сутки). Больные были разбиты на 2 группы: 1-ая - 12 больных (традиционное лечение); 2-ая - 14 больных, принявших комплексное лечение (традиционная терапия + КСФ). У больных исследовали Т-лимфоциты и его субпопуляции - Тх, Тс, и В-клетки с помощью моноклональных антител. Вычисляли иммунорегуляторный индекс (ИРИ) - соотношение Тх/Тс. Полученные показатели сопоставляли с группой здоровых лиц (n=30).

Результаты. При ПНЧ отмечалось снижение Т-лимфоцитов (CD3) в остром периоде (1-е сутки) до  $41,6 \pm 1,3\%$  ( $p < 0,001$ ), причем оно происходило вследствие снижения относительной доли Тх -  $21,7 \pm 1,5\%$  ( $p < 0,001$ ). Выявили уменьшение ИРИ до 1,3 при норме 2,1. Со стороны В-звена иммунитета не отмечено существенных отклонений от нормы - В(CD19) составляли  $18,5 \pm 1,7\%$  ( $p > 0,05$ ). После проведенного лечения состояние больных улучшилось, однако картина иммунологических изменений была разнонаправленной. Так, если в 1-ой группе наблюдали супрессию Т-лимфоцитов (CD3) до уровня  $37,3 \pm 1,8\%$  ( $p < 0,001$ ), Тх (CD4) - до  $16,5 \pm 1,3\%$  ( $p < 0,001$ ) на 5-ые сутки исследования, то во 2-ой группе, напротив, выявили положительную динамику изменений - возрастание Т-лимфоцитов (CD3) до  $56,8 \pm 1,6\%$ , Тх (CD4) -  $29,4 \pm 1,1\%$  и превышение над таковыми показателями контрольной группы.

Таким образом, у больных с ПНЧ выявлено нарушение клеточного иммунитета развитие вторичного иммунодефицита. Использование КСФ в качестве иммуномодулирующей терапии у больных с ПНЧ способствовало положительной динамике изменений клинической картины заболевания и восстановлению сниженных значений клеточного иммунитета. КСФ обладал как лечебным, так и иммунокорригирующим действием.

## **О ГИСТОЛОГИЧЕСКОМ СТАТУСЕ ПРОТЕЗНОГО ЛОЖА У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ**

**Бадриддинов Б.Б., Тожиев Ф.И.**

**Бухарский государственный медицинский институт**

**Научный руководитель – к.м.н., доц. Олимов С.Ш.**

Цель: Выявление сдвигов в твердых и мягких тканях протезного ложа у больных сахарным диабетом (СД).

Методы исследования. Обследован статус органов полости рта у 22 больных, страдающих СД. Давность основного заболевания - от 2 до 14 лет.

Результаты. У больных, страдавших пародонтитом тяжелой степени, имели место подвижность и выпадение зубов (8 больных); у 18 больных выявили боль и неприятные ощущения в деснах; на периодическое появление припухлости околоушных слюнных желез при ухудшении течения СД указали 3 пациента; боли в языке - 3; извращение вкуса - 6; 12 пациентов отмечали быстрое образование кариозных полостей в зубах. Из всех обследованных больных жалоб не предъявили 2 пациента.

На основании стоматоскопического исследования слизистой оболочки полости рта (СОПР) у 10 больных в углах рта отмечались заеды и у 3 - корочки на красной кайме губ. У 2 больных обнаружена папиллома на слизистой щеки и губы; отек слизистой оболочки щек по линии смыкания зубов обнаружен у 7 больных, у 8 больных - гиперемия и цианоз слизистой оболочки щек; гиперкератоз в этой области обнаружен у 2; у 4 - выявлены помутнения эпителия слизистых щек по линии смыкания зубов. Тяжесть и частота поражения твердых тканей зубов и пародонта привели к нарушению целостности зубных рядов у 72,7% (16 чел.) больных СД, к нарушению целостности зубного ряда на одной челюсти и полному отсутствию на другой - у 13,6% (3 чел.) и полному отсутствию зубных рядов у 18,8% (4 чел.). В итоге в изготовлении различных конструкций зубных протезов нуждались более 90% больных, тогда как в контрольной группе всего 28% больных. 32% больных СД нуждались в изготовлении шинирующих и стабилизирующих конструкций зубных протезов съемного и несъемного характера.

Таким образом, результаты заболеваний зубов и СОПР у больных СД указывают на то, что обнаруженные симптомы нарастали с увеличением тяжести заболевания пародонта, а также с увеличением степени тяжести и длительности основного заболевания.

## УРОВЕНЬ ГИГИЕНЫ ПОЛОСТИ РТА У ПОДРОСТКОВ С РАЗЛИЧНЫМ ПАРОДОНТОЛОГИЧЕСКИМ СТАТУСОМ

**Мухутдинова Ю.Р., Мухамедзянова А.И.**  
**Казанский государственный медицинский университет**  
**Научный руководитель – д.м.н., доц. Мамаева Е.В.**

Цель – оценить уровень гигиены полости рта у подростков 12-18 лет с различным пародонтологическим статусом.

Определение уровня гигиены полости рта проводилось согласно рекомендациям комитета ВОЗ, с учетом индекса ОНІ-S. Зубной налет и зубной камень определяли на губных поверхностях 11 и 31, щечных поверхностях 16 и 26, и язычных поверхностях 36 и 46 зубов, со следующей интерпретацией: до 0,6 баллов – хорошая гигиена, 0,7–1,6 баллов – удовлетворительная гигиена, 1,7–2,5 баллов – неудовлетворительная гигиена, более 2,6 баллов – плохая гигиена полости рта.

В группе с интактным пародонтом при объективном обследовании выявлено следующее: десневой край бледно-розового цвета, плотный, кровоточивость при зондировании отсутствует, индекс ОНІ-S –  $1,1 \pm 0,4$  баллов. При клиническом осмотре пациентов с хроническим катаральным гингивитом выявлены гиперемия десен, отечность десневых сосочков, незначительная кровоточивость при зондировании, наличие наддесневых отложений, индекс ОНІ-S составил  $1,6 \pm 0,2$  баллов. При хроническом пародонтите выявлены явления симптоматического хронического катарального гингивита, наличие над- и поддесневых отложений, пародонтальных карманов (глубина составила – от 3 до 6 мм), индекс ОНІ-S составил  $2,6 \pm 0,08$  баллов.

Данные факты подтвердили мнение большого числа авторов о неудовлетворительной гигиене полости рта – как важного фактора риска возникновения патологии пародонта, а следовательно, и необходимости поиска новых технологических решений по определению их этиологии и патогенеза, созданию индивидуальных и скрининговых программ лечения и реабилитации пациентов. Реализация поставленных задач возможна с использованием только современных методов диагностики, к которым следует отнести и электронную микроскопию. Использование растрового электронного микроскопа с микрозондовым анализатором в условиях лаборатории био- и наноматериалов позволит количественно и качественно определить состав бактериальной флоры зубных отложений, в том числе так называемых «нанобактерий – кальцинирующих наночастиц». Известно, что изучаемые структуры способны провоцировать образование камней, строя вокруг себя кальций-фосфатный панцирь, что представляет особый интерес для современной стоматологии.

## ПУЛЬПИТ ВРЕМЕННЫХ ЗУБОВ: СООТВЕТСТВИЕ КЛИНИЧЕСКОГО И ГИСТОЛОГИЧЕСКОГО ДИАГНОЗА

**Саматова Р.З., Чернушина Н.А.**  
**Казанский государственный медицинский университет**  
**Научный руководитель – к.м.н., асс. Ширяк Т.Ю.**

Пульпотомия и экстирпация пульпы в терапии молочных зубов является неотъемлемой частью детской стоматологии. Проблема заключается в правильном выборе показаний к частичному или полному удалению пульпы. Одним из важных клинических диагностических критериев к витальной пульпотомии является время самопроизвольной остановки кровотечения после ампутации, по данным разных авторов от 40 сек. до 5 мин (Joe H. Camp 2008, А. Камерон, 2010; Кисельникова Л.П., 2010).

Целью исследования: сопоставление клинических критериев и патогистологии пульпы для уточнения показаний к витальной пульпотомии временных зубов.

Методы и материалы: были взяты биоптаты пульпы 20 зубов которые клинически соответствовали по показаниям к методу витальной пульпотомии: небольшая, но глубокая кариозная полость, вскрытая полость зуба, самопроизвольная остановка кровотечения после ампутации не более 1 мин, отсутствие деструкции костных тканей, отсутствие болей, сформированные корни. Забор пульпы проводился под инъекционным обезболиванием. Гистологический материал окрашивали гематоксилин-эозином.

Результаты исследования: очаговый обратимый пульпит в 5 зубах-25%. Диффузное острое воспаление в 5 зубах (25%), при этом в 3-х зубах воспаление в одном из каналов было обратимым. Хроническое воспаление в 10 зубах (50%), при этом в 2-х зубах в разных каналах имело место сочетание хронического и острого диффузного процесса, в 3-х зубах сочетание хронического и острого обратимого пульпита.

Вывод. В 2/3 случаев воспаление в пульпе отмечалось как необратимое острое диффузное или имело начальные признаки хронического воспаления, но без выраженных деструктивных изменений в тканях. Прогноз витальной ампутации в таких зубах сложно предсказать. Отсутствие кровотечения из корневых каналов после ампутации не всегда является надежным критерием обратимого пульпита, так как выраженную вазоконстрикцию создают современные анестетики. Поэтому необходимость в тщательной антисептической обработки тканей после ампутации (к примеру, формокрезолом или гипохлоритом натрия) очевидна.

## ЧАСТОТА И ПРИЧИНЫ УДАЛЕНИЯ ПОСТОЯННЫХ ЗУБОВ В ОРТОДОНТИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

**Цветков Н.Ю.**  
**Казанский государственный медицинский университет**  
**Научный руководитель – д.м.н., проф. Хамитова Н.Х.**

Удаление зубов по ортодонтическим показаниям применяется как самостоятельный способ лечения зубочелюстных деформаций и аномалий, а также в сочетании с другими методами лечения. Чаще по ортодонтическим показаниям удаляются первые премоляры, затем боковые резцы, первые постоянные моляры.

Однако в исследованиях А.Б. Перегудова и П.Т. Гареева 2013 г. приводятся данные о том, что морфология премоляра имеет связь с нейромышечным компонентом окклюзии, и влияет на формирование зубочелюстной системы.

Цель исследования:

Выявить частоту и причины экстракции постоянных зубов.

Было исследовано 60 медицинских карт стоматологического больного в возрасте от 9 до 19 лет детской стоматологической поликлиники №2 г.Казани по поводу удаления постоянных зубов на этапе ортодонтического лечения.

Выявлено, что наиболее часто подвергались удалению 24 и 34 зубы по 19,1% от общего числа удаленных зубов. Реже всего удалялись 12 и 22 зубы по 2%.

В возрастной структуре выявлена закономерность, что наиболее часто к удалению прибегали в возрасте от 11 до 15 лет (75% случаев), т.е. в период формирования постоянного прикуса.

Среди основных причин удаления зубов на этапе ортодонтического лечения можно выделить аномалии положения зубов, аномалии окклюзии, аномалии размера и количества зубов.

В структуре аномалий положения зубов преобладает супраположение – 41%, затем инфраположение и оральное положение по 17%, и вестибулярное положение – 8%

Из 25 случаев аномалий окклюзии 36% (9 случаев) перекрестная окклюзия, по 24% (6 случаев) дистальная окклюзия и сагиттальная резцовая дизокклюзия и по 8% (2 случая) перекрестная и обратная резцовая окклюзия

Выводы: в ходе исследования медицинских карт стоматологических больных выявлено, что на этапе ортодонтического лечения наиболее часто удаляются премоляры в возрасте от 11 до 15 лет из-за аномалий окклюзии.

## **ИЗУЧЕНИЕ ВОЗРАСТНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ ЛИЦЕВЫХ ПАРАМЕТРОВ ПАЦИЕНТОВ ПРИ ПОМОЩИ ФОТОМЕТРИИ**

**Игнатъева Л.А., Тарасова А.О., Усманова Н.Р.**  
**Казанский государственный медицинский университет**  
**Научный руководитель – д.м.н., проф. Хамитова Н.Х.**

Основной целью ортодонтического лечения является формирование функционального гармоничного лица. В современной ортодонтии существует большой арсенал различных методов, одним из них является фотометрия.

Целью нашего исследования явилось определение изменения гармоничности лица по фотографиям пациентов от 20 до 65 лет.

Объектом нашего исследования явились 111 фотографий обследуемых.

Группы обследованных составлялись по возрасту: 1 группа-20-25; 2 группа-30-45 лет; 3 группа- 50-60 лет. Всего было обследовано 37 человек. Были сделаны 37 фотографий в профиль, 37 в анфас с улыбкой и 37 без улыбки. В каждом случае рассмотрены лица мужского и женского пола.

Рассмотрены следующие параметры:

1.на фотографии в фас без улыбки рассчитаны средние значения верхней, средней и нижней высоты лица каждой возрастной группы, также соответствие параметров левой и правой половины лица. Были проведены линии, делящие лицо на части, соответствующие его анатомическим особенностям.

2.на фотографии в профиль мы выявили тип профиля каждого обследуемого. О степени выпуклости лица судили по величине угла, образованного касательной ко лбу и кончику носа и касательной к кончику носа и подбородка.

3.на фотографии в фас с улыбкой были изучены параметры улыбки

Таким образом, результаты исследования показали:

1 группа- $A=4\pm0,5$ ;  $B=3,5\pm0,8$ ;  $C=3,6\pm0,5$

2 группа -  $A=3,9\pm0,6$ ;  $B=3,01\pm0,3$ ;  $C=3,4\pm0,3$

3 группа- $A=3,9\pm0,6$ ;  $B=3,1\pm0,7$ ;  $C=3,2\pm0,05$

Где А- верхняя высота лица, В- средняя высота лица, С-нижняя высота лица.

Достоверность исследования была проверена критерием Стьюдента.

Анализируя вышесказанное можно сделать вывод, что с возрастом отмечается уменьшение лицевых параметров не зависимо от пола обследуемого. При изучении параметров улыбок было выявлено: несоответствие улыбок возрасту в группах 1 и 3.В данных группах также было отмечено преобладание негармоничной формы улыбок над гармоничной- 61%. Также была отмечена симметричность лиц, разницу в 0,1 мм считали погрешностью измерений.

## **ЧАСТОТА РАЗВИТИЯ ЦИРКУЛЯРНОГО КАРИЕСА У ДЕТЕЙ ДО ГОДА ЖИЗНИ**

**Игнатъева Л.А.**  
**Казанский государственный медицинский университет**  
**Научный руководитель – к.м.н., доц. Сафина Р.М.**

В настоящее время все больше родителей сталкиваются с проблемой кариеса у детей. Причем зачастую кариес поражает молочные зубы у деток младшей возрастной группы. По данным статистики у 12% годовалых детей уже имеются кариозные зубы, а в 5 лет число детей, имеющих кариозные зубы, достигает 73%. В среднем у одного ребенка обнаруживаются при осмотре не менее двух кариозных зубов. Накопленный в последние десятилетия опыт свидетельствует, что ведущая роль в возникновении кариеса, в том числе и у детей раннего возраста, принадлежит стрептококковой микрофлоре, в частности *Streptococcus mutans*.

Целью данной работы является: изучить частоту развития циркулярного кариеса у детей до года жизни.

При данной форме кариеса временные зубы поражаются практически сразу после их прорезывания. Первые кариозные поражения обычно обнаруживаются на вестибулярной поверхности резцов верхней челюсти в пришеечной области в виде участков меловидного цвета (очаговая деминерализация). Эти очаги очень быстро (за 2-3 месяца) приобретают светло-желтый цвет, затем на этом месте возникают кариозные дефекты.

Многу были обследовано 30 детей. Среди обследованных было выявлено 11 детей с наличием циркулярного кариеса, что составило 37%.Других форм кариеса выявлено не было. В анамнезе данных пациентов присутствовали: частые ОРВИ, двое из обследованных родились раньше положенного срока, у 6 матерей во время беременности была заболеваемость ОРВИ.

Так же у 67% детей была неудовлетворительная гигиена полости и 69% детей принимали в ночное время грудное молоко.

Таким образом, можно сказать, что частота циркулярного кариеса у детей до 1 года жизни составила 37%. Наиболее существенным патогенным фактором послужило грудное молоко, принимаемое в ночное время, что составило 69%.

К сожалению, на некоторые кариесогенные факторы ни родители, ни врачи повлиять не могут, однако, соблюдение правил профилактики и своевременное лечение помогут предотвратить дальнейшее развитие кариеса и его осложненных форм.

## **УРОВЕНЬ САНИТАРНО-ГИГИЕНИЧЕСКИХ НАВЫКОВ УЧАЩИХСЯ ШКОЛЫ 131**

**Павлуцкая А.В.**

**Казанский государственный медицинский университет  
Научный руководитель – к.м.н., асс. Ахметова Г.М.**

Недостаточное внимание к гигиеническим мероприятиям в полости рта является причиной, условием и следствием различных видов стоматологических заболеваний. Как причина они приводят к возникновению заболевания, как условие они способствуют его развитию и как следствие при заболеваниях полости рта пациенты прекращают соблюдать гигиену полости рта, что приводит к ухудшению состояния и обострению течения заболевания. Именно поэтому следует подчеркнуть важность и значимость гигиенических мероприятий.

Целью нашего исследования является оценка уровня санитарно-гигиенических знаний у школьников.

Для достижения поставленной цели нами проведено анкетирование по специально разработанной анкете, содержащей 27 вопросов.

В результате опроса было выявлено, что учащиеся достаточно часто посещают врача стоматолога: 1 раз в год-23,6%, 2 раза в год-42%, 3 раза в год посещают-13,4% учащихся, чаще 2,6%. Вообще не посещают стоматолога 18,4% опрошенных. Также в ходе исследования мы выявили, что с 4 лет начали чистить свои зубы-47,3% учеников, с 5 лет-37%, с 6 лет-10,5%, а 5,2% начали ухаживать за зубами в возрасте 7-8 лет.

Ополаскиватели для полости рта используют всего 39,5% учеников. Зубными нитями пользуются только 23,6%.

Выявление пищевых пристрастий показало, что ежедневно употребляют молочные продукты 73,6% опрошенных. Каждый день сырые овощи употребляют 34,2%. 2-3 раза в неделю-47,4%, 15,8% не употребляют или не любят, 2,6% воздержались от ответа. При этом 63,2% употребляют сладости ежедневно, 5,2% 1-2 раза в неделю, 23,6% едят сладости 2-3 раза в неделю и всего 8% не едят или не любят.

Исследование помогло выяснить, что учащиеся недостаточно хорошо знакомы с правилами ухода за полостью рта. И не имеют достаточного представления о влиянии различных продуктов на микрофлору полости рта.

Для повышения качества здоровья школьников нужно проводить больше бесед уходу и профилактике полости рта. Знание средств индивидуальной гигиены и их правильное использование позволит учащимся значительно снизить риск развития заболеваний полости рта и сохранить свое здоровье.

## **ИСПОЛЬЗОВАНИЕ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ В ДИАГНОСТИКЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНЫХ ПАЗУХ**

**Цветков Н.Ю.**

**Казанский государственный медицинский университет  
Научный руководитель – к.м.н., асс. Нестерова Е.Е.**

Дифференциальная диагностика заболеваний верхнечелюстных пазух остается сложной клинической проблемой. Так, при заболеваниях верхнечелюстных пазух диагностическая информативность клинических, инструментальных, ультразвуковых методов исследования остается недостаточной. Преимуществом использования в диагностике заболеваний околоносовых пазух компьютерной томографии, по сравнению с другими методами исследования, является возможность проведения обследования с получением снимков в любой плоскости и позволяет наглядно оценить особенности строения придаточных пазух и полости носа.

В структуре заболеваний придаточных пазух носа 2/3 всех случаев отводится гаймориту одонтогенной и риногенной природы.

Цель исследования: оценить эффективность применения компьютерной томографии в дифференциальной диагностике заболеваний верхнечелюстных пазух.

Методы исследования: анализ результатов компьютерной томографии, рентгенографии придаточных пазух носа, ортопантомографии.

В большинстве случаев на ортопантомограмме и прицельных рентгенограммах определяются проявления верхушечного периодонтита «причинного зуба» в сочетании с изменениями окружающего пародонта, стенок и дна верхнечелюстной пазухи.

Среди обследованных нами 68 пациентов с различными стоматологическими заболеваниями в 25 случаях встречались изменения со стороны верхнечелюстных пазух.

Были выявлены следующие патологические изменения со стороны верхнечелюстных пазух:

- пристеночное утолщение слизистой оболочки – 46%;
- кистозные образования в области дна верхнечелюстной пазухи – 6%;
- периапикальные кисты и кистогранулеммы зубов верхней челюсти, разрушающие стенки гайморовых пазух и прорастающие в них – 11%;
- рентгеноанатомические особенности расположения верхушек корней премоляров и моляров в просвете верхнечелюстных пазух – 10%;
- полипозные разрастания слизистой пазухи – 20%;
- инородный материал в пазухе (пломбировочный материал, эндодонтический инструментарий) – 7%.

Одонтогенный гайморит был диагностирован в 56% случаев.

Таким образом, диагностическая эффективность компьютерной томографии превышает таковую традиционных рентгенологических методов, что позволяет оптимизировать лечебные мероприятия.

## **ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ ПИТАНИЯ БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН НА СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС**

**Гайнуллина Д.К.**

**Казанский государственный медицинский университет  
Научный руководитель – д.м.н., проф. Уразова Р.З.**

Важным условием для благоприятного развития зубо-челюстной системы является полноценное и сбалансированное питание. Неполноценное питание беременной женщины может стать причиной формирования низкой кариесрезистентности тканей зуба и возникновения зубочелюстных аномалий плода.

Цель нашего исследования: оценка влияния фактического питания беременных женщин на стоматологический статус.

Методы: мы исследовали 2 группы женщин со сроком беременности от 16 до 30 недель, в возрасте от 18 до 39 лет, не имеющих соматическую патологию: 1 группа –беременные которые питались по предложенной нами схеме-сбалансированной диете; 2 группу составили беременные, которые питались без учета рекомендаций. Всего обследовано 82 беременных. Стоматологическое обследование женщины проводили в 6-8, 16-18, 26-28 и 36-38 недель беременности. Стоматологический статус обследовали по тестам: КПУ, ТЭР тест, РНР индекс, индекс GI.

Результаты исследований. Беременные которые питались по предложенной нами диете по результатам были приближены к нормам. Во второй наблюдали дефицит: аскорбиновая кислота 86,7%, кальций 86,7%, фосфор 64,2%, магний 78%, железо 25,8мг. Соотношение кальций-фосфор составило 1:2, кальций-магний – 1:0,5.

Все это имело отражение в полости рта. Распространенность кариеса у 1 группы составила 75,7%, у 2ой группы – 97,4%. Интенсивность кариеса по индексу КПУ у 1 группы – 6,8 зубов и 7,1 поверхностей, у 2ой группы – 13,4 зубов и 15,5 поверхностей. Индекс РНР у первой группы составил 0,6, что по оценочным критериям определяется как хороший уровень гигиены. У второй группы – 1,5, что определяется как удовлетворительный уровень гигиены. GI в первой группе составил 1,0, что оценивается как гингивит легкой степени, во второй группе – 1,5, что оценивается как гингивит средней степени тяжести. Результаты ТЭР теста в 1 ой группе составили в среднем 32%, что характеризует нормальную кислотоустойчивость зубов, во 2ой группе – 41%, что указывает на снижение устойчивости эмали.

Вывод. Таким образом, в результате проведенных нами исследований установлено: неадекватное питание беременных оказывает влияние и состояние полости рта беременной и зубо-челюстную систему плода.

### **ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ КОМПЛЕКСА ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ГИГИЕНИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ У БОЛЬНЫХ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ВО ВРЕМЯ ПРОВЕДЕНИЯ II ЦИКЛА ПОЛИХИМИОТЕРАПИИ**

**Сухина И.С.**

**Харьковский национальный медицинский университет  
Научный руководитель – д.м.н., проф. Соколова И.И.**

Целью исследования явилось изучение влияния профилактических гигиенических мероприятий на проявление побочного действия цитостатического лечения в полости рта на основании субъективных данных пациенток в процессе проведения II цикла полихимиотерапии (ПХТ).

Методы исследования. Для достоверности результатов проводимого исследования взята однородная группа пациенток – 89 женщин, больных раком молочной железы (РМЖ) T1N0M0 – T2N1M0 стадий, которые получили на 1-м этапе комбинированное лечение (радикальная мастэктомия по Маддену + лучевая терапия) и 2 цикла адъювантной ПХТ по одинаковой схеме – CAF.

Больные были разделены на две группы. Пациентки 1-й группы чистили зубы 1 раз/день любыми зубными пастами; ополаскивателей для полости рта не использовали. Пациентки 2-й группы во время проведения 2-х циклов ПХТ придерживались разработанного нами комплекса профилактических гигиенических мероприятий.

Полученные результаты. В процессе проведения II цикла ПХТ количество пациенток, предъявлявших жалобы, составило 23 из 26 (88,5) и 42 из 63 (66,7%) больных соответственно 1 и 2 группам.

При сравнении частоты и характера жалоб у пациенток 1 и 2 групп на II цикле ПХТ было обнаружено, что сухость в полости рта и жажда увеличиваются: с 52,2 до 69,0 % и с 50,0 до 52,4 %, соответственно 1 и 2 группам.

Жалобы на наличие налета на языке во 2 группе снизились с 39,1 до 2,4 %, пощипывания всего языка – 13,6 и 9,5 %, жжение кончика языка – с 13,6 до 2,4 %, жжение десневых сосочков – с 13,6 до 2,4 %, наличие трещин в уголках рта – с 30,4 до 4,8 %, сухость губ – с 52,2 до 14,3 %, воспаление СОПР – с 17,4 до 11,9 %, высыпания на губах наблюдались с 17,4 до 2,4 %, воспаление и кровоточивость десен – с 30,4 до 9,5 %, отечность тканей полости рта – с 21,7 до 4,8 %, пенообразная слюна – с 26,1 до 4,8 %, и снижение аппетита – с 82,6 до 54,8 %

Не отмечено изменений в показателях жажды 52,2 и 52,4 %, изменение вкусовых ощущений – 69,6 и 69,0 % соответственно 1 и 2 группам.

Вывод. Применение разработанного нами комплекса профилактических гигиенических мероприятий способствует достоверному снижению субъективных проявлений побочного действия ПХТ в полости рта у пациенток РМЖ с 88,5 до 66,7%.

### **ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЯ ИНТЕНСИВНОСТИ ПОРАЖЕНИЯ КАРИЕСОМ ПОЛОСТЕЙ ЗУБОВ В ВОЗРАСТНОМ АСПЕКТЕ СРЕДИ ДЕТСКОГО НАСЕЛЕНИЯ**

**Романчук Е.В.**

**Волгоградский государственный медицинский университет  
Научный руководитель – д.м.н., проф. Маслак Е.Е.**

Непрерывный мониторинг распространенности и интенсивности заболеваний полости рта является важным диагностическим критерием формирования адекватного подхода к решению лечебно-профилактических задач. Распространенность стоматологических заболеваний в детском возрасте остается на высоком уровне.

Целью исследования явился анализ показателя интенсивности поражения полостей твердых тканей зубов среди детей 7-17 лет.

Методы исследования. В обследовании приняли участие 1346 учащихся муниципальных общеобразовательных школ МОУ СОШ №93 и МОУ СОШ №56 г. Волгограда в возрасте 7-17 лет. Было осмотрено 1535 молочных зубов и 2324 постоянных зубов. Визуальную оценку поражения твердых тканей зубов проводили при помощи зеркала и зонда согласно методике ВОЗ. По результатам обследования определяли индексы кпу(п)/КПУ(п), (у молочных зубов учитывались только преждевременно удаленные зубы) для каждой возрастной группы школьников, регистрацию сведений осуществляли в санационную карту (форма № 267).

Полученные результаты. Наибольшая интенсивность кариозного поражения полостей зубов исследуемых детей приходится на восьмилетний возраст  $7,74 \pm 0,29$ , в расчете на одного человека, наименьшая отмечается в тринадцатилетнем возрасте  $3,26 \pm 0,15$ . В структуре индекса кпу полостей 8 лет преобладают пролеченные молочные зубы («кп» – 2,07; «пп» – 3,14; «уп» – 0,63); тогда как среди постоянных количество невылеченных зубов превышает вылеченные более, чем в два раза («Кп» – 1,39; «Пп» – 0,51; «Уп» – 0). К 17 годам интенсивность поражения среди полостей постоянных зубов возрастает более чем в 5 раз по сравнению с 7 летним возрастом («КПУп» – 5,72; и «КПУп» – 1,50 соответственно).

Вывод. Полученные результаты свидетельствуют о высокой интенсивности поражения зубов неосложненными и осложненными формами кариозного процесса. Разработка и внедрение активных мер, способствующих улучшению



профилактической и санационной составляющей в работе детских врачей стоматологов, особенно, в младшем школьном возрасте остается весьма актуальной задачей.

### **ИЗУЧЕНИЕ ПРИЧИН ЗАДЕРЖКИ ПРОРЕЗЫВАНИЯ ПОСТОЯННЫХ ЗУБОВ У ДЕТЕЙ**

**Минигулов И.В., Сиразеев И.Р.**  
**Казанский государственный медицинский университет**  
**Научный руководитель – к.м.н., асс. Гилязиев М.Г.**

Актуальность: Одним из причин задержки прорезывания постоянных зубов могут быть наличие опухолей и опухолеподобных процессов (А.А.Колесов с соавт., 1989). Целью настоящей работы явилось выявление причин задержки прорезывания постоянных зубов.

Материалы и методы. С целью установления причин задержки прорезывания постоянных зубов было обследовано 15 детей находившихся на амбулаторном лечении. Клиническое обследование дополнялось пункционной биопсией, рентгенографией, одонтометрией.

Результаты и обсуждения. Проведенные исследования показали, что пациенты направлялись на удаление молочных зубов при задержке их смены со средними сроками в пределах 1 – 1,5 года. Молочные зубы были неподвижными, безболезненными при перкуссии, слизистая в проекции корней без видимой патологии. В 6 случаях после проведенного рентгенологического исследования и пункционной биопсии причиной задержки смены зубов явилось наличие зубосодержащей кисты. Послеоперационный период, после проведенного хирургического лечения в амбулатории протекал без осложнений, в 0,8 % отмечался рецидив. В 2 случаях причиной задержки прорезывания молочных зубов являлась одонтома – порок развития зубов (С.В.Дьякова, 2009). На рентгенограмме определялась гомогенная тень высокой интенсивности, с отдельными зубоподобными образованиями неправильной формы.

В 3 случаях причиной задержки смены зубов были отсутствие зачатков премоляров. Хирургическое лечение не проводилось.

В 2 случаях причиной задержки прорезывания зубов были сверхкомплектные зубы. Количество их достигало до 4-х.

Таким образом, наши исследования указывают на необходимость выявления причин задержки прорезывания постоянных зубов с целью выявления новообразований челюстно-лицевой области в детском возрасте.

### **ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С ЮНОШЕСКОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНОГО СУСТАВА**

**Минигулов И.В., Сиразеев И.Р.**  
**Казанский государственный медицинский университет**  
**Научный руководитель – к.м.н., асс. Гилязиев М.Г.**

Актуальность: Одним из видов дисфункции височно-нижнечелюстного сустава, развившихся в юношеском возрасте является привычный вывих. На практике лечение больных с данной патологией вызывают определенные затруднения (С.В.Дьякова, 2009). Целью настоящей работы явилось изучение эффективности лечения детей с привычными вывихами височно-нижнечелюстного сустава в подростковом возрасте.

Методы исследования: Проведено клиническое обследование 8 детей с привычным вывихом височно-нижнечелюстного сустава, в возрасте 12-16 лет находившихся на амбулаторном лечении у хирурга стоматолога. Клиническое исследование дополнялись рентгенографией, аускультацией. Лечение детей включало: ограничение подвижности нижней челюсти, щадящая диета, мазовые повязки на область ВНЧС, медикаментозные средства (салицилаты, антигистаминные, препараты кальция). Консервативная терапия сочеталась с физиотерапевтическими процедурами (электрофорез 6 % раствора калия йодида) № 10.

Результаты собственных исследований. Пациенты обращались с жалобами на наличие симптома «щелчка» при широком открывании и закрывании рта, в 4 случаях на боли в области сустава, в 7 случаях составляли девочки астенического строения. При открывании рта наблюдались боковые смещения нижней челюсти и, большая амплитуда их движения. При пальпации височно-нижнечелюстного сустава наблюдалось смещение суставных головок вперед и вниз. Консультация врача-ортодонта в 6 случаях указывало на наличие патологического прикуса. На рентгенограмме височно-челюстного сустава суставная головка располагалась впереди суставного бугорка, теряя с ним контакт.

Изучение результатов лечения детей показало, что у 4 больных проведенная терапия приводило к устранению болевых явлений. У 6 больных лечебный эффект носил кратковременный характер, что требовало проведения повторных курсов лечения.

Итоговый анализ лечения юношеской дисфункции височно-нижнечелюстного сустава показал на необходимость реабилитационных мероприятий.

### **РАЗВИТИЕ КАРИЕСА ЗУБОВ И ЕГО ОСЛОЖНЕНИЙ С ЛЕГОЧНЫМИ ФОРМАМИ ТУБЕРКУЛЕЗА**

**Мухаметзянова З.И.**  
**Казанский государственный медицинский университет**  
**Научный руководитель – к.м.н., доц. Сафиуллина А.М.**

Цель: изучить развитие кариеса зубов и его осложнений у пациентов с легочными формами туберкулеза.

Материалы и методы: было обследовано 100 пациентов в возрасте от 18 до 60 лет, среди которых женщин было 60 и мужчин- 40. Наибольшая частота поражения зубов кариесом была у женщин и мужчин в возрасте 18-35. У женщин наиболее часто поражались первые и вторые моляры (19,9% и 15,35% соответственно). Процент поражения первых и вторых резцов, клыков, первых и вторых премоляров колебался от 9 до 12. У мужчин чаще всего поражались первые и вторые моляры (22,5% и 16,3% соответственно). Процент поражения кариесом первых и вторых премоляров составляло 8,2 % 7,7% соответственно. При сравнении пораженности кариесом различных поверхностей первых, вторых резцов и клыков у женщин и мужчин можно отметить, что на всех поверхностях пораженность зубов кариесом у женщин выше, чем у мужчин. Количество осложнений кариеса зубов пульпитом у женщин в 3 раза выше, чем у мужчин в возрасте 18-35 лет (42, 6%). У пациентов других возрастных групп количество осложнений пульпитом с возрастом снижалось.

Периодонтит встречался чаще у женщин в возрасте от 18 до 30 лет. У женщин и мужчин в возрасте 55-60 лет, 50-60 лет различий в частоте осложнений периодонтитом не было отмечено.

Установлена большая частота удалений зубов у женщин в возрасте 18-35 лет по поводу периодонтита, а у мужчин - в возрасте 50-60 лет.

Заключение: полученные данные имеют важное значение при планировании профилактической стоматологической помощи.

## **ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПОКРЫВНЫХ ПРОТЕЗОВ В КЛИНИКЕ ОРТОПЕДИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ**

**Сафина Г.Ф.**

**Казанский государственный медицинский университет  
Научный руководитель – асс. Валеев М.Б.**

В последние годы возросло внимание специалистов к состоянию здоровья и качеству жизни пожилых людей, что связано с демографическими тенденциями, увеличением продолжительности жизни и, следовательно, количеством лиц старческого возраста в развитых странах. Все больше пожилых людей сохраняют работоспособность, что ведёт к улучшению их экономического состояния, а также более высоким эстетическим и функциональным требованиям к ортопедической конструкции.

Покрывной протез (ПП) - это вид полного съемного протезирования, когда протезы крепятся на установленные импланты или на корни сохранившихся зубов, которые несут функциональную нагрузку, т.е. становятся опорными. Данная методика позволяет замедлить и даже остановить атрофию в кости и снижает давление на слизистую полости рта.

Показанием к применению ПП является наличие только одиночных корней зуба. В этом случае остатки зубов становятся опорными и несут функциональную нагрузку. При полном отсутствии зубов ПП устанавливается на имплантаты. Одновременная установка ПП на имплантат и свой зуб недопустима, т.к. их подвижность существенно отличается.

По сравнению с полным съемным протезированием ПП позволяет снизить давление на слизистую оболочку и предотвратить дистрофические процессы в челюстно-лицевом скелете.

При использовании имплантатов более предпочтительна технология «all-on-four», при которой опорой для всего искусственного ряда зубов служит 4 имплантата.

Для данного метода протезирования иногда требуется специальная подготовка опорных тканей. Так, могут проводить гингивотомию, при которой устраняют периодонтальные карманы. Если нужно, то удаляют тяжи или уздечку слизистой оболочки, которые прикрепляются слишком высоко.

Стоит отметить, что ПП могут использоваться при одиночных зубах. При атрофии костной ткани до половины длины корня могут применять балку или интрадикулярные сферические аттачмены. При атрофии, которая достигает более 1/2 длины, используют телескопические коронки или магнитные фиксаторы.

Учитывая надежность фиксации ПП в отличие от обычных следует рекомендовать более широкое применение их в клинике ортопедической стоматологии.

## **ПАРОДОНТАЛЬНЫЙ СТАТУС ПАЦИЕНТОВ С НЕСЪЕМНЫМИ ОРТОПЕДИЧЕСКИМИ КОНСТРУКЦИЯМИ**

**Фазлиева Л.И.**

**Казанский государственный медицинский университет  
Научный руководитель – к.м.н., асс. Фазылова Ю.В., к.м.н., асс. Голубева Е.Б.**

Несъемные ортопедические конструкции – это наиболее распространенные протезные конструкции, применяемые для восстановления дефектов зубных рядов, которые наряду с достоинствами (полное восстановление жевательной функции, психологическая комфортабельность для пациента) имеют существенный недостаток – при неправильном выборе конструкции несъемного протеза возникает функциональная перегрузка, патологические изменения в тканях пародонта с последующей утратой опорных зубов.

В стоматологическую поликлинику КГМУ нередко обращаются пациенты с жалобами: кровоточивость десен при чистке зубов, запах изо рта, подвижность зубов, обнажение корней зубов, зуд в деснах и др., которые они связывают с предшествующим протезированием несъемными ортопедическими конструкциями.

Целью нашего исследования было оценить состояние тканей пародонта у данных пациентов, выявить механизм развития прогрессирующего патологического процесса в пародонте, разработать алгоритм выбора ортопедических конструкций в зависимости от пародонтологического статуса пациента.

Обследовано 15 человек, страдающих заболеваниями пародонта, с несъемными ортопедическими конструкциями, у которых выявлена несостоятельность протезной конструкции в виде укорочения высоты коронки, расцементирования протеза, смещение опорного зуба, а также гиперплазия маргинальной десны опорных зубов, появление, а затем углубление пародонтальных карманов, кровоточивость десны и боль, неприятный запах изо рта. Выявленная клиника хронического прогрессирующего процесса в пародонте подтверждалась показателями индексной, функциональной и рентгенологической диагностики.

В ходе исследования 10 пациентам проведено комплексное лечение патологии пародонта с заменой ортопедической конструкции в соответствии с показаниями. Остальные пациенты получали идентичное лечение при сохранении имеющихся конструкций.

Полученные результаты подтверждают, что при выборе ортопедической конструкции, особенно несъемной, при заболеваниях пародонта необходимо полноценная оценка пародонтологического статуса, и проведение комплекса профилактических мероприятий, при уже имеющихся заболеваниях пародонта.

## **ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МАКСИЛАКА ПРИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПАРОДОНТА У СПОРТСМЕНОВ ОЛИМПИЙСКОГО РЕЗЕРВА**

**Кузьмина Ж.И.**

**Казанский государственный медицинский университет  
Научный руководитель – д.м.н., проф. Мухамеджанова Л.Р.**

Установлено снижение уровня мукозального иммунитета у спортсменов высокой квалификации, отягощённых воспалительными заболеваниями пародонта. Актуален поиск средств, повышающих уровень секреторного иммуноглобулина А в ротовой жидкости.

Цель - оценка эффективности использования максилака у спортсменов высшей квалификации при заболеваниях пародонта.

Обследовано 34 спортсмена-вольноборца в возрасте 18,4±1,7 года. Стаж занятий спортом - 11,4±2,8 года. В зависимости от состояния тканей пародонта все исследуемые были ранжированы на 3 группы: 12 чел.-с интактным пародонтом, 10 чел.-с катаральным гингивитом, 12 чел.-с хроническим генерализованным пародонтитом. Пациентам был назначен препарат-лиофилизат пробиотических бактерий-максиллак по 450 мг в день, курсом 10 дней. Оценка эффективности проводилась по уровню секреторного иммуноглобулина А ротовой жидкости (твердофазным иммуноферментным методом) до и после лечения. Группа сравнения-15 спортсменов-вольноборцев, не принимавших максиллак. Статистический анализ результатов проводили при помощи программы «SPSS-14 for Windows». Полученные результаты свидетельствуют, что у пациентов с интактным пародонтом уровень sIgA возрастал с 249,25±12,39 до 598,2±50,03 мкг/л, т.е. в 2,4 раза ( $p<0,01$ ); у пациентов с катаральным гингивитом - с 200,76±44,73 до 366,71±17,91 мкг/л - в 1,8 раза ( $p<0,05$ ); с пародонтитом - с 130,41±23,17 до 250,25±26,86 мкг/л - в 1,9 раза ( $p<0,05$ ). Все значения достоверно отличаются от аналогичных, полученных у пациентов группы сравнения. Таким образом, наибольшую эффективность максилака имеет у спортсменов с интактным пародонтом и хроническим генерализованным пародонтитом. Полученные сведения могут быть использованы в комплексных программах реабилитации для спортсменов, занятых в спорте высших достижений.

## **ВЛИЯНИЕ РАЗЛИЧНЫХ ФАКТОРОВ РИСКА НА РАЗВИТИЕ РЕЦЕССИИ ДЕСНЫ**

**Костина О.В.**

**Казанский государственный медицинский университет  
Научный руководитель – д.м.н., доц. Блашкова С.Л.**

Актуальность: широкая распространённость заболеваний пародонта, разнообразие клинических проявлений, недостаточная изученность этиологии и патогенеза, совершенствование методов профилактики и лечения определяют актуальность проблемы изучения отдельных нозологических форм, не входящих в существующие ныне классификации, таких как рецессия десны.

Цель: выявить факторы, приводящие к рецессии десны и степень её прогрессирования среди различных возрастных групп.

Материалы и методы исследования

В клиническом исследовании принимали участие 36 пациентов населения (25 женщин и 11 мужчин) в возрасте от 18 до 69 лет с диагнозом рецессия десны, которые были распределены на 3 возрастные группы:

- 1) от 18-34 лет – 6 пациентов;
- 2) от 35-54 лет – 12 пациентов;
- 3) от 55-69 лет – 18 пациентов.

У 83% обследованных пациентов первой группы отмечалась локализованная рецессия десны, обусловленная анатомо-физиологическими особенностями строения альвеолярного отростка, функциональной перегрузкой, а также наличием микробного фактора, и только у 7%- возникновение генерализованной рецессии десны, связанное с нерациональным применением сил при ортодонтическом лечении. В ходе обследования пациентов второй группы, нами была выявлена тенденция к генерализации процесса. Так локализованная рецессия встретилась только у 33% обследованных, причинами возникновения стали травма десны, протрузионное положение зубов, супраконтакты, тогда как в 67% случаев рецессия десны носила генерализованный характер и была одним из симптомов сопутствующего заболевания. В третьей группе, только у 5,5% обследованных, отмечалась локализованная рецессия, вызванная функциональной перегрузкой тканей пародонта, в следствие некорректного ортопедического лечения, а у 94,5% преобладала генерализованная рецессия десны.

Таким образом, в результате проведённого исследования, нами было выявлено, что генерализация процесса достоверно увеличивается с возрастом пациентов и возникает при наличии нескольких этиологических факторов. Наиболее распространёнными факторами риска, приводящими к рецессии, явились анатомо-физиологические особенности, супраконтакты, микробный фактор, тогда как локализованная рецессия встречается в более молодом возрасте, у которых преобладающим фактором риска является функциональная перегрузка.

## **УРОВЕНЬ ГИГИЕНИЧЕСКИХ ЗНАНИЙ У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН ПО ВОПРОСАМ ИНДИВИДУАЛЬНОЙ ГИГИЕНЫ ПОЛОСТИ РТА**

**Мифтахова А.А., Минкина А.Р.**

**Казанский государственный медицинский университет  
Научный руководитель – д.м.н., доц. Блашкова С.Л.**

Согласно современным представлениям, вопрос о состоянии гигиены полости рта пациента весьма актуален.

Цель исследования: изучение гигиенической грамотности беременных для правильного формирования санитарно-просветительской работы и снижение риска возникновения кариесогенной ситуации.

Материалы и методы исследования.

Для оценки уровня гигиенических знаний и навыков использовано анкетирование беременных, находящихся в отделении патологии беременности Род.дома №1 при ГАУЗ ГКБ №97.

Использовано две анкеты С.Б.Улитовского:

1)общий уровень просвещенности пациентов в вопросах индивидуальной гигиены полости рта; 2)индекс-опросник по определению уровня гигиенических знаний и навыков у стоматологических пациентов.

Результаты исследования.

У большинства лиц был диагностирован неудовлетворительный уровень гигиенического ухода за ротовой полостью. Оценивая соблюдение правил чистки зубов, было выявлено, что только 15% опрошенных знакомы с правильной техникой и соблюдают ее. 24,2% чистят зубы не каждый день или один раз в день. Выбор зубной пасты у 40% участников опроса диктуется выбором ассортимента в магазине, 28% прислушиваются к советам родных и друзей, и только 32% учитывают рекомендации стоматолога. При выборе зубной щетки, только 20% опрошенных учитывают рекомендации стоматолога. Замена зубной щетки, микробный фактор, тогда как локализованная рецессия встречается в более молодом возрасте, у которых преобладающим фактором риска является функциональная перегрузка. Дополнительными средствами гигиены не пользуются 17% женщин.

Выводы.

По итогам проведенного исследования можно сделать вывод о том, что общий уровень просвещенности беременных удовлетворителен, так как отсутствуют знания о правилах личной гигиены полости рта.

## **ПРИМЕНЕНИЕ УЛЬТРАФОНОФОРЕЗА 15% РАСТВОРА ДИМЕФОСФОНА В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕНЕРАЛИЗОВАННОГО КАТАРАЛЬНОГО ГИНГИВИТА**

**Захарова О.В., Залалдинова Е.Н., Азуров М.И.**  
**Казанский государственный медицинский университет**  
**Научный руководитель – к.м.н., асс. Гилязова В.В.**

Распространенность воспалительных заболеваний пародонта высока и продолжает расти в настоящее время. Увеличилось число лиц молодого возраста с данным поражением, а после 40 лет патология пародонта по распространенности не уступает кариесу зубов. Это обуславливает поиск путей повышения эффективности оказания стоматологической помощи таким больным.

Целью исследования явилось изучение эффективности применения ультрафонофореза 15% раствора димефосфона в комплексном лечении хронического генерализованного катарального гингивита.

В соответствии с поставленной целью обследовано 32 больных в возрасте 18-35 лет с диагностированным хроническим генерализованным катаральным гингивитом. Состояние тканей пародонта оценивали по индексам РМА, гигиеническому индексу по Федорову-Володкиной и ОНІ-s, а также – пробе Шиллера-Писарева, пробе Кулаженко. Исходные значения изучаемых показателей составили: 32%,  $2,50 \pm 0,05$ ,  $1,70 \pm 0,03$  соответственно, проба Шиллера-Писарева – положительная, Кулаженко –  $24,62 \pm 2,59$  с. Это указывает на необходимость проведения профессиональной гигиены полости рта, разработки программы индивидуальной гигиены, что обеспечивает устранение микробных (дентальных/супрагингивальных) биопленок, необходимость проведения мероприятий по нормализации процессов микроциркуляции. Экспериментальной группе больных в комплексе со стандартными мероприятиями был проведен ультрафонофорез (УФФ) 15% раствора димефосфона курсом из 5 процедур, проводимых через день. Контрольная группа получала стандартное лечение.

Результаты. При объективном обследовании до лечения: слизистая оболочка межзубных десневых сосочков, маргинальной десны с цианотичным оттенком, пастозна, отмечается индуцированная кровоточивость, наличие микробных дентальных/супрагингивальных биопленок. В результате применения комплекса мероприятий, включающих патогенетическую терапию посредством проведения УФФ 15% раствора димефосфона было выявлено улучшение гигиенического состояния полости рта, снижение пастозности слизистой оболочки десны, изменение значений изучаемых показателей ( $25\%$ ,  $1,40 \pm 0,06$ ;  $1,10 \pm 0,03$ ;  $68,59 \pm 2,08$  с.). Данные результатов проведенного исследования свидетельствуют о положительном влиянии патогенетического воздействия УФФ 15% раствора димефосфона в составе комплексного лечения хронического генерализованного катарального гингивита.

## **СОВРЕМЕННЫЕ ЛАЗЕРНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ДЕТСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ**

**Егорова А.В.**  
**Казанский государственный медицинский университет**  
**Научный руководитель – к.м.н., асс. Цинеккер Д.А.**

Фиссурный кариес представляет до сих пор проблему в стоматологии детского возраста и диктует необходимость поиска методов надёжной профилактики. Лазеротерапия – один из современных методов, позволяющих повысить эффективность профилактики стоматологических заболеваний. Лазерные системы, основанные на эрбии стали стандартизированными инструментами для обработки твёрдых тканей зуба, их применение обеспечило снижение термического и механического стресса, более эффективную микроретенцию, что позволило применить адгезивные материалы без травмирующих технологий, исключая любые побочные эффекты: чрезмерное травление кислотой, угрозу повреждения, токсичность для пульпы, а также болевые ощущения, вызываемые остатками кислоты в дентинных канальцах. Очень важным свойством Er-лазеров является бактерицидный эффект при самом низком побочном влиянии на твердые ткани зуба.

Целью исследования стало применение лазера, основанного на эрбии в первичном методе профилактики кариеса – герметизации фиссур.

Задача исследования – практическое внедрение метода подготовки эмали с применением лазера для последующей герметизацией.

Нами проведена неинвазивная герметизация 20 постоянных моляров у детей в возрасте от 6 до 7 лет с использованием лазера KaVo Key III.

1. Осмотр, диагностика, изоляция;
2. Обработка зуба с использованием полирующего инструмента от продуктов распада тканей, во избежание снижения абсорбции лазерного излучения;
3. Лазерное кондиционирование эмали с использованием наконечника с сапфировой насадкой, лучом энергии 150 мДж и частотой 12 Гц;
4. Нанесение герметика Fissurit F (Voco);
5. Проверка окклюзионных соотношений и полировка.

Таким образом, лазерные технологии в профилактике заболеваний твёрдых тканей зуба находят всё более широкое применение в силу целого ряда преимуществ перед традиционными методами. Лазерный луч позволяет проводить обработку бесконтактно, безболезненно, малоинвазивно, в стерильных условиях, без образования смазанного слоя, создавая микроретенционную поверхность, не требующую травления. При этом к минимуму сводится вероятность развития вторичного кариеса. Однако оптимальные результаты возможны только при соответствующей профессиональной подготовке и чётком соблюдении алгоритма манипуляции с применением

## **АНАЛИЗ ПРИЧИН АЛЬВЕОЛИТА**

**Полякова Д.А.**  
**Казанский государственный медицинский университет**  
**Научный руководитель – к.м.н., асс. Торгашова О.Е.**

Термин "альвеолит" предложен А.И. Верлоцким и А.М. Пименовой. Синонимами его являются: постэкстракционный альвеолоневрит (А.И. Евдокимов), луночковая послеоперационная боль (Г.А. Васильев), остеомиелит лунки (Ф.А. Звержковский) и другие.

Альвеолит – широко распространенное заболевание, которое, по данным различных авторов, составляет 24-35% от числа случаев всех осложнений, встречающихся у больных после удаления зубов. В литературе описываются самые разные причины развития этого осложнения: распад кровяного сгустка, симптом сухой лунки, травматичное удаление зуба.

Цель исследования: изучить причины возникновения альвеолита на амбулаторном хирургическом приеме в стоматологической поликлинике города Йошкар-Ола.

Проведено исследование 25 амбулаторных карт стоматологических больных, у которых удаление зуба осложнилось альвеолитом. 13 (32,5%) пациентов с альвеолитом были пролечены по поводу данного заболевания.

Указанные выше осложнения развились после удаления зуба в сроки 2 дня в 14(56%) случаях, 3 дня - 10(40%), 4 и более дней - 1(4%).

По локализации - на нижней челюсти воспаление лунки встречалось в 20(80%) случаях, на верхней - 5(20%).

Так же, нами отмечено, что альвеолиту предшествовало сложное удаление зуба 5(20%) случаях, в 11(44%) случаях пациент не отрицал самостоятельное вмешательство и травматизацию кровяного сгустка после удаления, в 6(24%) случаях признавались в нарушении рекомендаций врача после удаления, у 3(12%) пациентов отмечалось крайне неудовлетворительное гигиеническое состояние полости рта с обильными зубными отложениями.

Альвеолит развивался преимущественно у лиц пожилого возраста – в 18(72%) случаях.

Всем пациентам был проведен кюретаж лунки удаленного зуба с медикаментозной терапией и применением трихопола или метронидазола.

Таким образом, чаще всего вмешательство пациента в процесс репарации лунки является причиной альвеолита. Проведение бесед с пациентами, выдача листовок с рекомендациями может способствовать снижению количества осложнений.

## **ПРИМЕНЕНИЕ ТЕРМОПЛАСТОВ В ОРТОПЕДИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ**

**Синицин А.Ю.**

**Казанский государственный медицинский университет  
Научный руководитель – к.м.н., доц. Дегтярев И.М.**

Актуальность: еще совсем недавно в практике ортопедической стоматологии появились такие материалы как термопласты. Это очень интересные по свойствам материалы, имеющие свои достоинства и недостатки, но неоспоримым преимуществом перед обычными акриловыми пластмассами является отсутствие остаточного мономера. Практически в любой современной клинике предлагают изготовление различных видов конструкций из данного вида материала, который на сегодняшний день, имеет довольно высокую стоимость по сравнению с конструкциями, изготовленными из обычных акриловых пластмасс. Пациенты, выбирающие данный вид материала, должны быть не только удовлетворены эстетическими качествами, но и получить действительно качественную медицинскую помощь, тем более что при высокой стоимости протеза они зачастую предъявляют и высокие требования к качеству оказанной помощи. Нет единого мнения на счет показаний к применению термопластов в ортопедической стоматологии, и зачастую отсутствует оценка отдаленных результатов лечения. В итоге качество оказания ортопедической помощи ставится под сомнение.

Цель исследования: изучение показаний к применению термопластических материалов на основании их физико-химических свойств.

Методика исследования основывалась на изучении литературы по данной теме и ее анализе.

Результаты: Нейлон, не подходит для изготовления протезов большой протяженности, особенно при концевых дефектах, так как он не может обеспечить жесткость конструкции, вызывая травмирование мягких тканей, а так же увеличивает скорость атрофии альвеолярного гребня. В связи с этим, протезы из нейлона могут использоваться при изготовлении импидиат протезов, микро- и комбинированных протезов. Полипропилен, по физико-химическим свойствам немного уступает нейлону, но область применения та же. Ацеталь, имеет очень высокую жесткость, в 20 раз выше акриловых пластмасс, поэтому в данном материале можно видеть скорее заменитель металла, чем пластмассы. Имеет очень весомый недостаток - высокую усадку, в связи с этим нарушается точность прилегания протеза, что не годится для изготовления бюгельных протезов. Область применения сужается до изготовления эстетических кламмеров и окклюзионных капп. Данные выводы сделаны на основании литературных данных, но для их уточнения требуются более серьезные исследования.

## **БИСФОСФОНАТНЫЕ И ДЕЗОМОРФИНОВЫЕ ОСТЕОНЕКРОЗЫ ЧЕЛЮСТНЫХ КОСТЕЙ**

**Синицин А.Ю.**

**Казанский государственный медицинский университет  
Научный руководитель – к.м.н., асс. Торгашова О.Е.**

В современном мире наблюдается неуклонный рост числа людей употребляющих наркотики. При изготовлении суррогатных наркотиков, на основе дезоморфина, используются повсеместно доступные вещества и медикаментозные препараты, оказывают выраженное токсическое действие на органы и системы, приводя к серьезным патологическим состояниям. Появление данного вида наркомании привело к появлению в клинике челюстно-лицевой хирургии атипичной формы остеонекроза - дезоморфиновый остеонекроз.

Еще одна атипичная форма остеонекроза - бисфосфонатный остеонекроз. Данный вид заболевания появился в связи с использованием бисфосфонатных препаратов (Алендронат, Золендронат, Ибандронат) которые применяются при лечении метаболических и злокачественных костных заболеваниях: миеломе и злокачественных костных метастазах; при раке молочной железы, простаты, легких, и существенно улучшают качество жизни таких больных.

Высокая частота развития остеонекроза челюстных костей у дезоморфиновых наркоманов можно рассматривать как замкнутый круг, где основное заболевание провоцирует снижение васкуляризации костной ткани челюстей на фоне значительных изменений иммунного статуса, что подтверждает классические представления о теории развития остеомиелита челюстных костей.

Цель данной работы: изучить распространённость остеонекрозов костей лица в г. Казани у лиц с наркозависимостью и лиц принимавших бисфосфонатные препараты. Проведено ретроспективное исследование историй болезни, фото и видео материалов, а так же макропрепаратов.

С 2012г в г.Казань по данным ЧЛО ГБ №7 и РКБ обратилось 16 лиц с наркотической зависимостью, 15 лиц на фоне лечения бисфосфонатными препаратами. Некроз кости наблюдали на нижней челюсти в 26 случаях, верхней челюсти 5 случаев.

Анализируя опыт лечения пациентов с остеомиелитом челюстей на фоне приема синтетических суррогатов наркотиков и бисфосфонатов, добиться полного излечения патологии зубочелюстной системы не представляется возможным. Проводимая активная терапия приводит только к стиханию воспалительных явлений. Выполненные радикальные операции на челюстных костях (опережающая резекция челюсти) в данном случае не всегда обеспечивают полное выздоровление и прекращение патологического процесса, но приводят к нарушению функций и дефектам челюстей.

## **АНАЛИЗ ФАКТОРОВ, ВЛИЯЮЩИХ НА ИЗМЕНЕНИЕ КРИСТАЛЛОГРАФИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ РОТОВОЙ ЖИДКОСТИ У ЗДОРОВЫХ ЛЮДЕЙ**

**Гильманова Г.С.**

**Казанский государственный медицинский университет  
Научный руководитель – д.м.н., асс. Мубаракова Л.Н.**

Целью работы явилось исследование факторов, влияющих на изменение кристаллографической картины ротовой жидкости у здоровых людей.

Материалы и методы исследования. Исследование ротовой жидкости было проведено с использованием кристаллографического метода у 11 здоровых людей в возрасте от 18 до 49 лет.

Результаты. У всех обследованных людей через 2 часа после приема пищи без гигиенической обработки полости рта в кристаллографической картине ротовой жидкости прослеживались тяжи светло желтого цвета, остатки пищи и наличие пузырьков. При этом отсутствовали характерные папоротниковидные кристаллические структуры, наблюдавшиеся при исследовании в 8 часов утра натощак. Подобные изменения определялись при дополнительном использовании после еды газированных напитков. Однако их применение приводило к дополнительному значительному увеличению размеров и количества пузырьков.

При гигиенической чистке полости рта после еды в исследуемых пробах ротовой жидкости через 2 часа остатков пищи не наблюдались. В то же время полного восстановления кристаллической структуры не происходило, и сохранялась неровность контуров кристаллов.

Нами установлено, что использование сразу после еды 30 мл лимонного сока, выжатого непосредственно перед применением, при отсутствии гигиенической чистки полости рта приводит к полному восстановлению кристаллической картины в течение последующих 30 минут.

Заключение. Таким образом, дополнительное использование после приема пищи свежевыжатого лимонного сока, улучшает кристаллическую картину ротовой жидкости за более короткий промежуток времени по сравнению с традиционными видами гигиены полости рта.

## **АНАЛИЗ ВЛИЯНИЯ ДЕЗИНФИЦИРУЮЩИХ РАСТВОРОВ НА ОБЪЕМНЫЕ ПАРАМЕТРЫ АЛЬГИНАТНЫХ И СИЛИКОНОВЫХ ОТТИСКОВ**

**Плешнёв А.С, Сунгатулина А.И.**

**Казанский государственный медицинский университет  
Научный руководитель – асс. кафедры Жафярова К.Р.**

Актуальность. На сегодняшний день риск заболеваемости инфекционными заболеваниями, такими как гепатит, туберкулез, СПИД, герпес и др. у стоматологов выше, чем у врачей других специальностей. В частности зубные техники имеют свой процент заражения инфекциями, с которыми контактирует врач и его ассистенты, через зубопротезные конструкции и оттиски. Обязательную дезинфекцию оттисков проводят во всех лечебно-профилактических учреждениях, соблюдая требования санитарно-гигиенического режима.

Применяют практически во всех стоматологических химическую (холодную) дезинфекцию слепков. Одним из недостатков химической дезинфекции является искажение рельефа слепков растворами. Многие ученые доказали негативное действие раствора гипохлорита натрия на погруженные в него оттиски.

Цель. Проанализировать воздействие дезинфицирующих растворов на объемные параметры альгинатных и силиконовых оттисковых масс, путем погружения в них.

Материалы и методы, используемые в работе. Растворы, приготовленные по инструкции: 2% лизафин, 2% алмадез и 1,5% централь, произведенных в России, слепки из альгинатных и силиконовых масс. За возникновением пор, трещин наблюдали визуально с помощью лупы. Линейкой и миллиметровой бумагой замерялись степень усадки и набухания оттисков. Поры, разрыхления и трещины наблюдали в области стыков слепков оттисковыми ложками, корригирующего слоя и базисного слоя силиконового оттиска.

По результатам исследования делаем вывод, что все образцы оттисковых материалов, находящиеся в любом из наших растворов в течение 15 минут, сохранили свои начальные объемные характеристики. Ни в одном случае не было обнаружено пор, разрыхлений, признаков набухания и усадки.

## **СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЕ ОТТИСКНЫЕ МАТЕРИАЛЫ**

**Шакирова М.Н, Салеева Л.Р.**

**Казанский государственный медицинский университет  
Научный руководитель – асс. Валеев М.Б.**

Одними из наиболее важных материалов применяемых в работе врачом - стоматологом - ортопедом являются оттисковые, так как эффект будущей работы в первую очередь зависит от точного отображения тканей протезного ложа.

Целью исследования является ознакомление со всеми разновидностями оттисковых масс, применяемых в ортопедической стоматологии.

Все оттисковые материалы подразделяются на твердокристаллические, термопластические и эластические массы. Для твердокристаллических масс характерно то, что после затвердевания они имеют кристаллическое строение, лишены эластичности и упругих свойств, что затрудняет выведение оттиска из полости рта. К этой группе относятся гипс, цинкоксиэвгеноловые и цинкоксиэвгеноловые пасты. В настоящее время данные материалы редко используются для снятия оттисков. Термопластические оттисковые материалы являются обратимыми оттисковыми материалами. Могут многократно менять свою консистенцию в зависимости от температуры среды, в которую их помещают. Характерной особенностью эластических оттисковых материалов является способность при отверждении приобретать эластичность. Данная группа включает альгинатные, силиконовые, тиоколовые, гидроколлоидные и полиэфирные массы. Преимуществами полиэфирных оттисковых масс являются возможность использования практически для всех видов работ, высокая точность, простота замешивания при использовании аппарата автоматического замешивания – Пентамикс, высокая тиксотропность, высокая гидрофильность, возможность использовать один оттиск для изготовления нескольких моделей, увеличенное рабочее время за счет уменьшения времени схватывания, высокая прочность, возможность стерилизации и замачивания в любых растворах, применяющихся для обеззараживания оттисков, оттиски можно сохранять, по некоторым данным, около трех недель без усадки. Такими же достоинствами обладают А-силиконы, но без системы автоматического замешивания.

Таким образом, самыми современными материалами являются А-силиконовые и полиэфирные массы, и для изготовления прецизионных зубных протезов можно рекомендовать более широкое их применение в клинике ортопедической стоматологии.

# СУДЕБНАЯ МЕДИЦИНА

## ПУТИ ОПТИМИЗАЦИИ ПРОИЗВОДСТВА СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКИХ ЭКСПЕРТИЗ ПО ДЕЛА О КАЧЕСТВЕ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

**Попова О.С.**

**Сибирский государственный медицинский университет  
Научный руководитель – д.м.н., проф. Алябьев Ф.В.**

**АКТУАЛЬНОСТЬ:** на сегодняшний день существует тенденция увеличения числа уголовных и гражданских дел в отношении медицинских учреждений и врачей. Это объясняется ростом правовой грамотности населения, деятельностью страховых компаний, стремящихся переложить выплату компенсаций на учреждение или отдельного врача, создание центров медицинского права.

**ЦЕЛЬ:** установить пути оптимизации производства судебно-медицинских экспертиз по «врачебным» делам.

**МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ:** Изучено 85 заключений комплексных и комиссионных судебно-медицинских экспертиз по уголовным и гражданским «врачебным делам» на территории г. Томска за 2009-2013 годы.

**РЕЗУЛЬТАТЫ:** Порядок организации и производства судебно-медицинских экспертиз регламентирован Федеральным законом от 31.05.2001 № 73-ФЗ «О государственной судебно-экспертной деятельности в Российской Федерации», приказом Минздравсоцразвития России от 12.05.2010 № 346н «Об утверждении порядка организации и производства судебно-медицинских экспертиз в государственных судебно-экспертных учреждениях Российской Федерации». Однако, эти акты не содержат алгоритма проведения экспертиз по «врачебным» делам. Проведение этих экспертиз сопряжено с рядом трудностей: многоэтапность лечения; плохое ведение медицинской документации; отсутствие преемственности между этапами оказания медпомощи, наличие «слепых промежутков», в которые информация о пациенте отсутствует.

Поэтому работу следует проводить по алгоритму, который позволит повысить качество и сократить сроки проведения экспертиз.

**ВЫВОДЫ:** эффективным путем оптимизации производства судебно-медицинских экспертиз, проводимых по уголовным и гражданским «врачебным» делам, является следование алгоритму действий в зависимости от конкретного клинического случая с учетом следующих этапов.

1. составление списка специалистов, необходимость участия которых обоснована невозможностью ответа на поставленные вопросы судебно-медицинским экспертом единолично.
2. анализ действий медработников на каждом из этапов оказания медицинской помощи.
3. сопоставление действий медработников с порядками и стандартами оказания медицинской помощи.
4. формулировка совместных выводов.

## АНАЛИЗ СТРУКТУРЫ НАСИЛЬСТВЕННОЙ СМЕРТИ ПО РЕСПУБЛИКЕ ТАТАРСТАН ЗА 2005-2013 ГГ

**Хасанова Э.А.**

**Казанский государственный медицинский университет  
Научный руководитель – к.м.н., асс. Александрова Л.Г.**

Изучение структуры отдельных видов насильственной смерти по РТ за 2005–2013 гг.

Проведен статистический анализ результатов судебно-медицинской экспертизы трупов, исследованных в ГАУЗ «Республиканской Бюро судебно-медицинской экспертизы МЗ РТ» по годовым отчетам в период с 2005 по 2013 годы.

Наиболее часто причиной насильственной смерти в РТ становились различные виды механической травмы. Максимальное количество случаев смерти от механической травмы было зарегистрировано в 2012 году и составило 43% от общего количества насильственных причин смерти, из которых 36% связано с автотравмой. Минимальное количество смертельной механической травмы в 2013 году – 29,5%. Наблюдается тенденция увеличения смертельных автотравм за период с 2005 по 2013 год. Наибольшее число случаев смерти от механической асфиксии в 2009 году – 33,8% от общего количества насильственной смерти, минимальное – в 2013 году – 26,7%. Максимальное количество смертельных отравлений зарегистрировано в 2006 году – 22,6%, из которых 25% пришлось на смертельные алкогольные отравления и 33% – на смертельные отравления наркотическими веществами. Минимальное количество смертельных отравлений наблюдалось в 2013 году, составив 14,5% от общего количества случаев насильственной смерти. Прослеживается тенденция снижения уровня смертельных отравлений наркотическими веществами в обозреваемый период. Смерть от воздействия крайних температур наиболее часто происходила в 2005 году, составив 9,5%. В этом же году сравнивалось количество смертельных исходов от действия высокой и низкой температуры. В остальные годы количество смертельных случаев от действия низкой температуры примерно в 2 раза превышало количество таковых от воздействия высокой температуры. Показатели летальности от электротравмы и огнестрельных ранений имели в изучаемый период небольшие колебания и в каждом случае не превышали 1% от общего количества насильственной смерти.

Проведенным исследованием выявлена тенденция к снижению доли насильственной смерти по РТ за период с 2005 по 2013 год. Однако ежегодно увеличивается количество автотравм со смертельным исходом, как в относительных, так и в абсолютных показателях. В анализируемый период в РТ наблюдается устойчивая тенденция снижения уровня смертельных отравлений наркотическими веществами.

## КОМПЬЮТЕРНО-ТОМОГРАФИЧЕСКИЕ ПРЕДИКТОРЫ ИСХОДОВ ТЯЖЕЛОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ

**Баяндина С.М.**

**Пермская государственная медицинская академия  
Научный руководитель – д.м.н., доц. Шевченко К.В.**

Согласно статистическим данным тяжелая черепно-мозговая травма занимает одно из ведущих мест в структуре летальности.

Цель исследования — установить и сопоставить параметры желудочковой системы головного мозга у выживших и умерших мужчин с мезоцефалической формой черепа.

Материалы и методы. В группы сравнения вошли 15 в последующем умерших и 10- выживших пострадавших мужского пола, с мезоцефалической формой черепа. Компьютерная томография выполнялась в первые сутки поступления в стационар на аппарате Siemens «Somatom-ARC». Измерения производились с помощью компьютерной программы eFilm. При изучении желудочковой системы нами использовалась методика, основанная на использовании трехмерной системы координат. Определялись средние показатели размеров центральной части правого и левого боковых желудочков: высота (h) и ширина (b), третьего и четвертого желудочков: высота, ширина и длина (L).

Результаты и обсуждение. В первые сутки все больные поступали в состоянии глубокого угнетения сознания. По шкале комы Глазго состояние сознания у них соответствовало 3-5 баллам. Средние размеры (мм) центральной части боковых желудочков головного мозга у выживших:  $h=10\pm0,4$ ;  $b=15\pm0,4$ . У умерших:  $h=11\pm0,4$ ;  $b=16\pm0,4$ . Размеры третьего желудочка головного мозга у выживших:  $h=24\pm0,2$ ;  $b=5\pm0,5$ ;  $L=25\pm0,2$ . У умерших:  $h=27\pm0,1$ ;  $b=6\pm0,9$ ;  $L=27\pm0,5$ . Размеры четвертого желудочка головного мозга у выживших  $h=10\pm0,2$ ;  $b=24\pm0,3$ ;  $L=39\pm0,7$ . У умерших  $h=9\pm0,5$ ;  $b=18\pm0,1$ ;  $L=31\pm0,6$ .

Выводы. Выявленные в процессе вентрикулометрии статистически значимые различия средних размеров третьего и четвертого желудочков в группах умерших и выживших пострадавших с тяжелой черепно-мозговой травмой могут быть использованы для прогнозирования её исходов. Непосредственной причиной смерти пострадавших явилось развитие окклюзионной гидроцефалии, дислокации ствола головного мозга, а также его сдавление гематомами задней черепной ямки, что сопровождается изменением размеров желудочковой системы головного мозга с формированием мезенцефально-бульбарных расстройств.

## **К ВОПРОСУ О ВОССТАНОВЛЕНИИ МОРФОЛОГИЧЕСКОЙ СТРУКТУРЫ ПОВРЕЖДЕНИЙ НА МЯГКИХ ТКАНЯХ ТЕЛА**

**Мазитова К.Н.**

**Казанский государственный медицинский университет**

**Научный руководитель – к.м.н., асс. Калянов В.А.**

Возможности судебно-медицинской диагностики повреждений на трупе во многом определяются выраженностью посмертных процессов. Если на хорошо противостоящих разложению костях повреждения могут быть обнаружены даже спустя многие годы после захоронения, то на мягких тканях их не всегда можно выявить уже через несколько недель. Развивающиеся явления аутолиза и гниения искажают вид кожных ран. На трупах могут быть также посмертные повреждения, нанесенные умышленно с целью обезображивания для сокрытия личности умершего или для имитации смерти определенного вида. Диагностика повреждений в этих случаях производится путем тщательного изучения их особенностей с использованием специальных лабораторных методик.

Нами приведен случай из практики. На территории одного из предприятий г. Казани был обнаружен труп мужчины в состоянии частичного скелетирования и мумификации. При этом на футболке и груди трупа были обнаружены множественные щелевидные повреждения. Однако визуальное исследование не позволило однозначно решить вопрос о механизме образования этих повреждений.

Изыятый лоскут кожи из области груди восстанавливался с использованием спиртово-уксусного раствора А.Н. Ратневского (1972). Также были изъяты ребра.

Исследование повреждений проводилось с использованием стереомикроскопа LEICA MZ 12,5 при 50 кратном увеличении. После восстановления лоскута кожи было установлено, что раны являются колото-резанными с верификацией параметров, особенностей клинка колюще-режущего предмета и механизма образования обнаруженных повреждений.

Учитывая локализацию повреждений на ребрах и коже, был сделан вывод о том, что множественные колото-резаные повреждения в области грудной клетки образовались в результате не менее чем шестикратного травмирующего воздействия.

Таким образом, вышеизложенное позволило сделать следующие выводы:

- в ряде случаев следует производить изъятие костей для проведения медико-криминалистического исследования, так как при исследовании гнилостно-измененных трупов велика вероятность не обнаружения костно-травматических повреждений;
- данный случай подтверждает и полностью оправдывает применение метода Ратневского (1972) для восстановления повреждений на коже при исследовании трупов с далеко зашедшими гнилостными изменениями.

## **УСТАНОВЛЕНИЕ МЕХАНИЗМА ОБРАЗОВАНИЯ СЛЕДОВ КРОВИ НА ОБЪЕКТАХ-НОСИТЕЛЯХ**

**Мазитова К.Н.**

**Казанский государственный медицинский университет**

**Научный руководитель – к.м.н., асс. Калянов В.А.**

Следы крови занимают одно из главных мест в числе доказательств, которые используются правосудием для установления истины по делам о преступлениях против жизни и здоровья человека. Количество экспертиз по установлению механизма образования следов-наложений крови, проведенных в медико-криминалистическом отделении г. Казани за 2009 – 2012 гг. составило менее 1% от общего числа медико-криминалистических экспертиз. Нами представлен случай из практики с целью демонстрации экспертных задач, которые могут быть решены при данном виде медико-криминалистических исследований.

В доме был обнаружен труп женщины с признаками насильственной смерти. В ходе осмотра места происшествия обнаружены два объекта-носителя со следами-наложениями крови, наволочка и тюлевое покрывало, которые располагались на кровати рядом с трупом. Объекты были изъяты и направлены на судебно-медицинское исследование.

В ходе экспертизы следы-наложения крови были разделены на группы в соответствии с классификацией, предложенной Л.В. Станиславским в 1977 году. При сопоставлении морфологии следов-наложений крови с данными материалов дела были обнаружены несоответствия между ними. Например, следы наложения группы № 1 на наволочке можно было классифицировать как брызги, в то время как по имеющимся данным на месте происшествия отсутствовали условия для образования данного вида следов. Морфология следов группы № 2 давала основание предполагать возможность контакта наволочки с окровавленной рельефной поверхностью.

Учитывая, что покрывало и наволочка находились на одной кровати, у эксперта возникло предположение о возможности образования следов на наволочке через покрывало. Для проверки данного предположения необходимо было провести экспертные эксперименты.

Проведенными экспериментами, а также последующим сравнительным исследованием экспериментальных следов-наложений с подлинными было установлено, что следы наложения группы № 2 на наволочке являются отпечатками, которые образовались от контакта с окровавленным предметом через покрывало. Следы наложения группы № 1 являлись мазками-отпечатками, которые образовались от контакта с окровавленным предметом под острым углом через покрывало.

Выводы:

1. Данный случай наглядно демонстрирует целесообразность назначения данного вида экспертиз.



## **СРАВНЕНИЕ ВОЗМОЖНОСТЕЙ ФОРМАЛИНА И ГЛИОКСАЛЯ В КАЧЕСТВЕ ФИКСАТОРОВ ЖИВОТНОГО БИОМАТЕРИАЛА**

**Никулина О.А.**

**Сибирский государственный медицинский университет  
Научный руководитель – д.м.н., проф. Алябьев Ф.В.**

Анализ позволяет сделать вывод об отсутствии на сегодняшний день универсального вещества подходящего для фиксации животного биоматериала для подготовки к микроскопии.

Использование раствора формалина в качестве фиксатора биологических объектов давно считается «золотым стандартом». В 2004 году Международное агентство по изучению рака классифицировало формальдегид как «канцерогенное, мутагенное и токсичное вещество для человека». Многие компании стремятся разработать альтернативу формалину, при этом качество гистологических препаратов должно быть не хуже, чем при фиксации формалином. Альтернативной заменой формалину является глиоксаль (этандиаль).

Цель: Сравнить фиксирующие способности глиоксаля и формалина в течение 24 и 48 часов.

Материал и методы исследования: Исследована фиксирующая – проникающая способность растворов глиоксаля в концентрации 2%, 5% и 10% в сравнении с 10% формалина. Фиксировались кусочки кубической формы размерами 2х2х2 см печени, почек, головного мозга. Для визуализации глубины проникновения фиксирующего раствора использовалась характерная реакция на альдегиды «серебряное зеркало». Результаты: Через 24 часа глубина проникновения формалина в печени составила до 5 мм; в почках до 4,5 мм, на ощупь – уплотнение. Через 48 часов фрагменты всех органов были полностью зафиксированы и уплотнены.

Проникающая способность 2% раствора глиоксаля в печени составила до 3,5 мм; в почках до 3 мм. Через 48 часов в середине среза наблюдались признаки разрушения структуры ткани (слоистость, сыпучесть).

Проникающая способность 5% раствора глиоксаля через сутки в печени составила до 2,5 мм; в почках до 2,5 мм. Появились признаки уплотнения структуры органов. Через 48 часов признаки уплотнения во всем кусочке. Признаков разрушения не обнаружилось.

Проникающая способность 10% раствора глиоксаля в печени составила до 4,5 мм; в почках до 3мм, есть уплотнение. Через 48 часов признаки уплотнения во всем срезе. Признаков разрушения не обнаружилось.

Оценить глубину фиксации ткани мозга визуально не удалось ввиду специфичности цвета,

**ВЫВОДЫ:** Использование фиксаторов биоматериала на основе глиоксаля является перспективным. 10% раствор глиоксаля максимально приближен к формалину по глубине фиксации тканей.

## **ТРАВМАТОЛОГИЯ И ОРТОПЕДИЯ**

### **СОПРЯЖЕННОСТЬ ПЕРИМЕТРА ПОЗВОНОЧНЫХ ОТВЕРСТИЙ ШЕЙНЫХ ПОЗВОНКОВ С ИХ ПОПЕРЕЧНЫМ И ПРОДОЛЬНЫМ ДИАМЕТРАМИ**

**Анисимов Д.И., Кесов А.Л., Бойко Л.П.**

**Саратовский государственный медицинский университет  
Научный руководитель – д.м.н., доц. Анисимова Е.А.**

С целью эмпирического определения периметра позвоночных отверстий изучены размеры периметра, продольного и поперечного диаметров отверстий на комплектах шейных позвонков (СII-CVII) 102 скелетов взрослых людей в возрасте от 17 до 75 лет (n=612), проведен корреляционно-регрессионный анализ и получены формулы уравнений для периметра отверстий на уровнях СII-CVII. Продольный диаметр отверстий варьирует от 12,6 до 14,0 мм. У мужчин он равен 13,0±0,3 мм, у женщин на 0,8 мм больше. Поперечный диаметр отверстий преобладает над продольным на 9,0-13,0 мм (p<0,05). Половые различия поперечного диаметра проявляются в пожилом возрасте, у женщин он достоверно больше, чем у мужчин (p<0,01). Вариабельность размеров позвоночных отверстий колеблется от 5,0 до 15,7%. Средние значения периметра позвоночных отверстий составляют 63,0-67,0 мм. Максимальные значения периметра отмечены у CIV (на вершине шейного лордоза). Периметр отверстия в большей степени сопряжен с поперечным диаметром: сильная прямая связь выявлена на уровнях СII (r=0,88), CIV (r=0,79), CV (r=0,76), CVII (r=0,86); значительная – на уровнях СIII (r=0,75), CVI (r=0,63) по сравнению с продольным диаметром: сильная связь характерна для уровней СII (r=0,93), CVII (r=0,80); значительная – для уровней СIII (r=0,69), CV (r=0,67), CVI (r=0,61); средняя связь выявлена на вершине шейного лордоза CIV (r=0,42). Получены формулы регрессионных уравнений для определения значения периметра отверстия позвонка (П) по величине продольного (прод. д.) и поперечного (поп. д.) диаметров отверстия с 95%-ным порогом вероятности (p<0,05):

СII П=-5,82+прод. д.-0,639+поп. д.-0,386; СIII П=27,15+прод. д.-0,377+поп. д.-0,536;

CIV П=-21,24+прод. д.-0,377+поп. д.-0,536; CV П=7,11+прод. д.-0,321+поп. д.-0,554;

CVI П=18,94+прод. д.-0,274+поп. д.-0,409; CVII П=6,38+прод. д.-0,223+поп. д.-0,668.

Таким образом, корреляционно-регрессионный анализ дает возможность вычислить параметры малодоступные для исследования по признакам доступным для измерений. При сравнении размеров периметра позвоночных отверстий, полученных при остеометрии и эмпирически, статистически значимых различий не выявлено.

### **ЗАКОНОМЕРНОСТИ ИЗМЕНЧИВОСТИ РЕНТГЕНО-МОРФО-БИОМЕХАНИЧЕСКИХ ХАРАКТЕРИСТИК ПРИ ДИСПЛАСТИЧЕСКОМ АРТРОЗЕ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА**

**Юсупов К.С., Анисимов Д.И., Немоляев Р.П.**

**Саратовский государственный медицинский университет  
Научный руководитель – д.м.н., доц. Анисимова Е.А.**

Тотальное эндопротезирование является «золотым стандартом» при радикальном лечении диспластического коксартроза (ДКА). С целью проведения сравнительного анализа особенностей рентгеноанатомических и биомеханических характеристик пациентов с различной степенью вывиха при ДКА на базе ФГБУ СарНИИТО обследованы 75 пациентов с ДКА в

возрасте от 35 до 75 лет и 20 человек без патологии тазобедренного сустава (группа сравнения). Пространственные изменения в суставе после эндопротезирования оценивали рентгенологическим методом, используя классификацию ДКА по Eftekhari (type C – 1-я, type D – 2-я группа). Биомеханический анализ походки проводили на аппарате «МБН-БИОМЕХАНИКА», включающий стабилOMETрию и подометрию. Результаты обрабатывали вариационно-статистическим методом, достоверность различий определяли непараметрическим методом с использованием знаково-рангового критерия Вилкоксона.

СтабилOMETрические показатели у пациентов обеих групп демонстрировали выраженные нарушения поддержания баланса позы в условиях асимметрии по осям координат X и Y как у пациентов 1-й (24,5 и -8,65 мм;  $p=0,01$ ,  $p=0,001$ ), так и у пациентов 2-й группы (33,4 и -9,5 мм;  $p=0,01$ ,  $p=0,001$ ) относительно группы сравнения (1,1 и -29,2 мм). В обеих группах отмечено увеличение длины (504,7 и 609,8 мм) и площади (576,3 и 623,6 мм<sup>2</sup>) статокинезиограммы по сравнению с группой сравнения (435,3 мм и 99,5 мм<sup>2</sup>) ( $p<0,01$ ). Значимых различий параметров стабилOMETрического исследования между 1-й и 2-й группами не отмечено. Временные параметры шага статистически значимо отличались во всех группах: цикл шага в группе сравнения составлял 1,2; в 1-й – 1,4; во 2-й – 1,7 сек; период опоры: 62,7; 65,1 и 71,1% (увеличивались) ( $p<0,01$ ); период переноса: 37,9; 34,1 и 27,1%; период двойной опоры: 12,9; 10,6 и 9,8%; общий опорный период: 37,4; 35,7 и 32,1% соответственно (уменьшались) ( $p<0,01$ ). Таким образом, у пациентов 2-й группы отмечены более выраженные нарушения всех рентгеноанатомических и биомеханических параметров в суставе.

#### **«ИССЛЕДОВАНИЕ МИКРОЦИРКУЛЯЦИИ ПРИ БОЛЕЗНИ ЛЕГГ-КАЛЬВЕ-ПЕРТЕСА»**

**Сагдиев А.И., Стегунова Н.А.**

**Казанский государственный медицинский университет**

**Руководитель – к.м.н., асс. Османалиев И.Ж., Лобашов В. В.**

Болезнь Легг-Кальве-Пертеса является разновидностью асептического некроза головки бедренной кости, поражающей детей школьного возраста (5-12 лет), преимущественно мальчиков, что приводит к ранней инвалидизации. При асептическом некрозе, вследствие вазоконстрикции и врожденной недоразвитости сосудистой сети, формируется патологический тип кровообращения, что приводит к состоянию хронической ишемии тканей головки бедренной кости. Определяющим в ишемии костной ткани является нарушение оттока венозной крови с ухудшением микроциркуляции.

Цель: исследование изменения кровообращения у пациентов с болезнью Пертеса на различных стадиях заболевания, за счет измерения микроциркуляции до, во время и после консервативного лечения.

Материалы и методы: оценка состояния микроциркуляции крови проведена при помощи аппарата «ЛАКК-02» методом лазерной доплеровской флоуметрии (ЛДФ). Исследовали 6 пациентов (4 мальчика, 2 девочки), в возрасте от 5 до 17 лет, из них 2 во время лечения, 2 - до лечения, и 2 - после получения лечения пролонгированной перидуральной анальгезией 3 и 6 месяцев назад. Производились измерения величины среднего потока крови (M) в интервалах времени, среднее колебание перфузии ( $\sigma$ ), а также коэффициент состояния микроциркуляции (Kv) в областях большого вертела, коленного сустава и первого пальца стопы в обеих конечностях.

Результаты: при анализе была установлена прямая зависимость улучшения микроциркуляции области пораженного тазобедренного сустава после лечения пролонгированной перидуральной анальгезией на 152% и 140%, что обуславливает эффективность данного лечения. Во время стандартного консервативного лечения зарегистрированы: незначительное улучшение микроциркуляции (45%) у пациента 17 лет и выраженное улучшение (552%) у пациентки 6 лет. Снижение микроциркуляции отмечено у впервые выявленных пациентов на 68%. Различия микроциркуляции в области коленных суставов и области стоп у всех пациентов не выражены. Таким образом, ЛДФ может служить методом, позволяющим измерить микроциркуляцию у пациентов с болезнью Пертеса и оценить эффективность лечения.

#### **ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ОБШИРНЫМИ И КРИТИЧЕСКИМИ ОЖОГАМИ В УСЛОВИЯХ СОЗДАНИЯ ИНДИВИДУАЛЬНОГО МИКРОКЛИМАТА**

**Магомедрасулова М.И.**

**Дагестанская государственная медицинская академия**

**Научный руководитель – д.м.н., проф. Магомедов М.Г.**

В настоящее время, несмотря на успехи, достигнутые в лечении ожоговой болезни (ОЖБ), летальность у тяжело обожженных остаётся высокой.

Цель исследования. Изучить изменения микробного пейзажа ожоговых ран в условиях индивидуального микроклимата.

Материалы и методы. Нами был разработан новый способ профилактики и лечения ожоговых ран в условиях индивидуального микроклимата на кровати медицинской противопролежневой ожоговой - КМП-о который представляет собой камеру, состоящую из неподвижного наружного и подвижного внутреннего каркасов. Таким образом, происходит смена контактирующих участков тела больного, что способствует восстановлению кровообращения на участках, контактирующих с упорами, наиболее опасными для возникновения пролежней. Постоянный поток теплого очищенного воздуха вокруг тела больного способствует созданию оптимального микроклимата, исключает мацерацию кожи, способствует раннему формированию сухого струпа, что препятствует потере плазмы, предохраняет рану от инфицирования и способствует первичной эпителизации поверхностных ожогов. Всего обследовано и пролечено 234 больных с тяжелой термической травмой в ожоговом отделении РКБ МЗ РД (г. Махачкала) за последние 8 лет. Все пострадавшие госпитализированы в РО клиники общей хирургии с индексом тяжести поражения от 60 до 240 ед.

Применение предлагаемой методики лечения тяжелообожженных позволило сократить количество инфекционных и других осложнений ОЖБ (пневмонии - с 53,7% (58 чел.) до 40,5% (51 чел.), сепсиса - с 24,1% (26 чел.) до 8,7% (11 чел.), ДВС синдрома - с 6,5% (7 чел.) до 1,6% (2 чел.), ожоговое истощение с 9,3% (10 чел.) до 3,2% (4 чел.), ЖКК с 10,2% (11 чел.) до 5,6% (7 чел.), ПОН с 15,7% (17 чел.) до 10,3% (13 чел.)) и сроки пребывания больных в стационаре на 15 койка-день, а также повысить выживаемость пострадавших с 34,3% до 74,6%.

#### **ОКАЗАНИЕ ПЕРВОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПОСТРАДАВШИМ В ДОРОЖНО-ТРАНСПОРТНЫХ ПРОИСШЕСТВИЯХ ВОДИТЕЛЯМИ ТРАНСПОРТНЫХ СРЕДСТВ**

**Фаттахова Р.Р.**

**Казанский государственный медицинский университет**

**Научный руководитель – к.м.н., доц. Нуриева Э.Г.**

Значение оказания первой помощи пострадавшим в ДТП доказано многочисленными исследованиями, причем фактор времени является ключевым. Первыми участниками оказания помощи пострадавшему являются очевидцы, водители или

пассажиры. Эти люди, как правило, не имеют медицинского образования, но оказываемая ими первая помощь является крайне важной, так как позволяет устранить угрожающие жизни нарушения. Особое внимание к водителям транспортных средств связано с тем, что, во-первых, они могут быть непосредственными участниками ДТП и могут сами пострадать. Во-вторых, будучи участниками или свидетелями ДТП водители являются самыми первыми, кто может устранить поражающие факторы и ранние осложнения травмы. В-третьих, это самая массовая группа участников. Учитывая это, даже минимальное участие их в оказании первой помощи пострадавшим суммарно может дать значительный медицинский, социальный, экономический эффект.

В тоже время, водители являются самой неорганизованной группой участников оказания первой помощи. Знания по первой помощи для них являются непрофессиональными и вероятность участия их в оказании первой помощи невысока.

Так водителями автотранспорта первая помощь оказывается в 7-8% случаев, в то время как неотложные мероприятия требуются не менее чем у 65% пострадавших.

Проведенный нами опрос водителей показал, что пройти обучение правилам оказания первой помощи готовы около 30%, и только лишь около 4% готовы потратить на это собственные средства, то есть практически никто. 78% опрошенных не представляют себе состав автомобильной аптечки и не знают, как ей пользоваться.

Выходом из создавшегося критического положения должна стать выработка четкой и последовательной концепции развития догоспитальной медицинской помощи. Необходимо разработать и принять единый для всех граждан закон о первой помощи, который должен определить терминологию, утвердить объем первой помощи, установить порядок и последовательность действий по ее оказанию, определить права и ответственность граждан по оказанию или не оказанию первой помощи и их юридическую защиту в случае неблагоприятного исхода или возникновения осложнений в ходе оказания первой помощи, а также другие аспекты. Закон должен стать основой для разработки и утверждения программ обучения и перечней аптечек для оказания первой помощи.

### **СОТРУДНИКИ ГИБДД - ОРГАНИЗОВАННЫЕ УЧАСТНИКИ ОКАЗАНИЯ ПЕРВОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПОСТРАДАВШИМ ПРИ ДТП**

**Полякова Д. А.**

**Казанский государственный медицинский университет  
Научный руководитель – к.м.н., доц. Нуриева Э. Г.**

В последние десятилетия в России, как и во всем мире, механическая травма превратилась в одну из ведущих проблем и имеет большое медицинское и социальное значение.

Особое место занимают дорожно-транспортные травмы, относящиеся к наиболее тяжелым видам травматизма. Среди них преобладают сочетанные, множественные и несовместимые с жизнью травмы. По данным разных авторов, травмы при дорожно-транспортных происшествиях (ДТП) составляют 35,4% всех видов травм, среди смертельных случаев роль ДТП повышается до 60%.

Травмы, полученные в ДТП, чаще не являются фатальными. Многие пострадавшие погибают от осложнений, которые можно было бы устранить при раннем начале оказания медицинской помощи. Так при ДТП из 100 погибших 45 получают смертельные ранения, а не погибают в момент столкновения. Таким образом, неэффективная организация работы по оказанию медицинской помощи пострадавшим является одной из основных причин высокой смертности в ДТП.

В спасении жизни и здоровья пострадавших при ДТП одним из ключевых является фактор времени. В оказании медицинской помощи на догоспитальном этапе главная роль отводится службе скорой медицинской помощи. Однако, время прибытия бригады к месту ДТП в крупных городах составляет, как минимум, 15-20 минут. В связи с этим около половины пострадавших погибает, не дождавшись прибытия медицинских работников.

Оказывать первую медицинскую помощь пострадавшим в ДТП могут как организованные участники (сотрудники ГИБДД, спасатели МЧС и др.), так и неорганизованные (водители транспортных средств, пассажиры, очевидцы и др.). Одной из важнейших групп являются сотрудники ГИБДД, т.к. именно они первыми прибывают на место происшествия. Произведя простейшие действия по оказанию первой медицинской помощи пострадавшим, они могут существенно повлиять на развитие ранних осложнений и снизить летальность, инвалидность и сроки временной утраты трудоспособности от дорожно-транспортного травматизма.

Однако уровень оказания первой медицинской помощи пострадавшим в ДТП сотрудниками ГИБДД в настоящее время является низким, что говорит о наличии существенных недостатков в системе их подготовки, оснащения и нормативного обеспечения для оказания первой медицинской помощи.

### **СУБЪЕКТИВНАЯ ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМИ, ПЕРЕНЕСШИМИ АВАТОДОРОЖНУЮ ТРАВМУ**

**Сморкалова А.О.**

**Казанский государственный медицинский университет  
Научный руководитель – к.м.н., доц. Нуриева Э.Г.**

Одной из важнейших социально-медицинских проблем современности является дорожно-транспортный травматизм. В Республике Татарстан за период 2010-2012 гг., по данным ГИБДД, произошло 16893 ДТП, в которых пострадало 21409 человек, из них 2214 человек погибло.

За последние годы количество граждан, не удовлетворенных качеством оказания медицинской помощи возросло с 50% до 80%. Действующая система учета и отчетности медицинских учреждений недостаточно характеризует качественную сторону вопроса. Для объективного рассмотрения этих вопросов важна и субъективная оценка оказанной услуги пациентам.

Целью данной работы явилось изучение мнения пациентов и оценки ими уровня организационного и лечебно-диагностического процесса в лечебных учреждениях с различным уровнем финансирования для повышения качества оказания медицинской помощи пациентам травматологического профиля.

Работа основана на результатах анкетирования 287 пациентов, перенесших транспортную травму и получивших специализированную помощь в травматологическом отделении больницы скорой помощи города Казань, в городском травматологическом пункте, в травматологических отделениях.

В зависимости от возраста респонденты были распределены на группы: до 20 лет-18,8%; от 21-30 лет-43,6%; от 31-40 лет-17,8%; от 41-50 лет-13,2% и от 51-60 лет-6,6%. На момент травмы имели работу 63,1% пострадавших, 23,3%-не работали и 13,6%-были студентами или учащимися.

Оказались не довольны качеством лечения 100% женщин, 98% жителей города, 97% пациентов молодого возраста от 21-30 лет.

Ощутили недостатки на догоспитальном этапе(скорая помощь) 10,8% пострадавших; на этапе стационарного лечения -63,8%; на этапе амбулаторно-поликлинической помощи-25,4%.

Таким образом, при оценке качества оказания медицинской помощи необходимо, наряду с объективными показателями, учитывать и субъективное мнение основного потребителя медицинских услуг-пациента, его удовлетворенность результатами лечения, самооценку качества жизни после перенесенной травмы. В данном случае анкетирование является одним из самых информативных методов исследования, помогающим выявить слабые места и недостатки при организации оказания помощи пациентам с травмами на всех этапах оказания медицинской помощи.

## **МЕДИКО-ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ ПЕРВОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПОСТРАДАВШИМ В ДОРОЖНО-ТРАНСПОРТНЫХ ПРОИСШЕСТВИЯХ**

**Сморкалова А.О.**

**Казанский государственный медицинский университет**

**Научный руководитель – к.м.н., доц. Нуриева Э.Г.**

Показатели дорожно-транспортного травматизма и смертности от ДТП в России являются одними из самых высоких в Европе. Россия занимает абсолютное лидирующее место по числу погибших в ДТП( более 300000 погибших в год) и второе место по числу погибших на 100000 человек населения ( 25.2 человека на 100 тысяч). Тяжесть последствий дорожно-транспортных травм в России является также одной из самых высоких в европейском регионе ВОЗ, составляя более 12 человек на 100 пострадавших.

Начиная с 2007 года, в России наметилась тенденция снижения аварийности на дорогах и основных показателей дорожно-транспортного травматизма. Смертность от ДТП снизилась на 25% (с 32724 человека в 2006 году до 9.2 в 2009 году). Снижение дорожно-транспортного травматизма и смертности ассоциируется со снижением аварийности. Тяжесть последствий ДТП может быть снижена своевременным оказанием медицинской помощи пострадавшим, в том числе оказанием первой помощи сотрудниками ГИБДД, что нашло отражение в федеральной целевой программе «Повышение безопасности дорожного движения в 2006-2012 годах» (ФЦП ПБДД).

Действующая нормативная документация обязывает сотрудников ГИБДД оказывать первую помощь пострадавшим в ДТП. Проведенное нами анкетирование сотрудников МВД РТ по вопросам, определяющим их участие в оказании первой помощи, показало достоверно низкую согласованность мнений респондентов( коэффициент конкордации 0.13; 264%) и полное отсутствие согласованности мнений среди экспертов-врачей клинического госпиталя МВД РТ( коэффициент конкордации 0,099; 211,3%), что говорит об отсутствии четко функционирующей системы нормативных документов, мотивирующих, сотрудников на оказание первой помощи. Разработанные в рамках выполнения ФЦП ПБДД нормативные документы требуют серьезной доработки, а принятые нормативные документы носят общий характер. Сотрудники МВД РТ слабо знают правила оказания первой помощи и неуверенны в своих знаниях. Около 40% сотрудников МВД РТ считают, что они не смогут оказать первую помощь пострадавшим. Существующая программа подготовки, требует пересмотра, и приведения ее в соответствие с принятыми нормативными документами и другими мероприятиями совершенствования первой помощи, проводимыми в России в рамках реализации ФЦП ПБДД.

## **ИССЛЕДОВАНИЕ СВОЙСТВ ИМПЛАНТАТОВ С ПОКРЫТИЕМ НА ОСНОВЕ СВЕРХТВЕРДЫХ СОЕДИНЕНИЙ В ЭКСПЕРИМЕНТЕ**

**Семакина Е.В, Манирамбона Ж.К.**

**Казанская государственная академия ветеринарной медицины**

**Научный руководитель – д.б.н., доц. Шакирова Ф.В.**

Правильный выбор материалов, используемых в операциях по остеосинтезу и имплантациях, является одной из основополагающих проблем в травматологии.

Цель исследования - определить воздействие имплантатов из стали 12Х18Н9Т, меди, стали 12Х18Н9Т с покрытием нитридами титана и циркония, стали 12Х18Н9Т с покрытием нитридами титана и гафния на организм подопытных крыс.

Методы исследования. Исследования проводились на беспородных белых крысах-самцах массой тела 250-270 г. Животным проводили чрескостное введение имплантов путем рассверливания верхней трети большеберцовой кости и введением шпильки из исследуемых материалов длиной 8-10 мм, диаметром 2мм.

Для оценки воздействия имплантатов на организм крыс были проведены клинические, гематологические исследования и рентгеновская компьютерная томография.

Результаты исследований. У животных с имплантами из стали и стали с покрытием нитридами титана и гафния морфологические показатели крови не претерпевали значительных изменений. У крыс с имплантами из меди регистрировались локальные изменения в виде формирования абсцесса в зоне их введения. В группе животных с покрытием нитридами титана и циркония течение послеоперационного периода было осложнено наличием геморрагического отделяемого из носовых ходов и конъюнктив, изъязвлением слизистых оболочек носа и ротовой полости, орхитом. Морфологическая картина крови характеризовалась умеренным лейкоцитозом, эритроцитопенией и понижением уровня гемоглобина.

Наивысшее значение плотности костной ткани наблюдалось в группе с имплантами, из стали с покрытием нитридами титана и гафния, что составляло -2916,6 НУ. Наименьшие значения плотности костной ткани наблюдались в группах с медными имплантатами и с имплантатами, покрытыми нитридами титана и циркония, что составило -783,3 НУ и --808,3 НУ соответственно.

Заключение. Проведенные исследования показали, что при использовании имплантатов, покрытых нитридами титана и гафния, клинические показатели, данные гематологических и рентгенографических исследований претерпевали наименее выраженные изменения.

## **ОСОБЕННОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ У ПОСТРАДАВШИХ ИНФИЦИРОВАННЫХ ВИЧ И ГЕПАТИТОМ С**

**Ахметзянов А.Ш., Горелкин И.В.**

**Казанский государственный медицинский университет**

**Научный руководитель – д.м.н., проф. Чикаев В.Ф.**

Вирусные гепатиты— одна из актуальных проблем современной медицины. Постоянными носителями вируса являются около 350 млн. жителей земного шара. Произошло значительное увеличение числа инфицированных больных среди

пострадавших с закрытой травмой живота и повреждением селезенки. ВИЧ и вирусный гепатит приводят к патологическим изменениям в селезенке, что увеличивает риск ее повреждений даже при минимальной травме.

Цель исследования: Изучить особенности лечения ВИЧ инфицированных пострадавших при повреждении селезенки.

Материалы и методы: Проведен анализ особенностей диагностики и тактики лечения, пострадавших с повреждениями селезенки у данной категории больных. За последние 10 лет в хирургическое отделение ГАУЗ «ГБСМП №1» и «ГКБ №7» г. Казани поступило из 98 пострадавших с повреждениями селезенки сопутствующая ВИЧ инфекция выявлена у 4 пострадавших, а вирусоносительство гепатита В или гепатита С, а также их сочетание - у 17 пострадавших.

Результаты исследований: Алгоритм диагностики повреждений селезенки у данной категории пострадавших не отличается от таковой. Но при объективном исследовании необходимо учитывать стертость клинической картины и важен тщательность сбора анамнеза.

Сложности в диагностике возникли у 1 ВИЧ инфицированного больного и у 2-х с гепатитами В и С, так как у них отсутствовали клинические признаки повреждения селезенки, был сомнительный анамнез травмы. Следует отметить, что при росте инфицированных скрытых носителей и поступлении в клинику с травмой живота существенно возрастает вероятность возникновения аварийных ситуаций для оперирующих хирургов.

Перед операцией у пациентов с ВИЧ, хирург должен воспользоваться набором защитной одежды.

Хирургическая тактика в отношении поврежденной селезенки зависит от степени ее повреждения. При аварийной ситуации во время операции рекомендуется проведение комбинированной противоретровирусной терапии.

Заключение: У пострадавших инфицированных ВИЧ и вирусным гепатитом растет вероятность повреждения селезенки. Оперирующий персонал особенно тщательно должен соблюдать меры предосторожности.

## **ДИАГНОСТИКА КОНТРАКТУРЫ ДЮПЮИТРЕНА ПО ДАННЫМ 1H-ЯМР СПЕКТРОСКОПИИ**

**Абдул Джабар А.Г.**

**Казанский государственный медицинский университет  
Научный руководитель – к.м.н., асс. Осмоналиев И.Ж.**

Контрактура Дюпюитрена - хроническое прогрессирующее рубцовое перерождение ладонного апоневроза, сопровождающееся сгибательной контрактурой пальцев кисти. Бо-лезнь Дюпюитрена составляет 20% от всех заболеваний кисти у людей старше 65 лет.

Очевидно, что назрела необходимость принципиального изменения в диагностике контрактура Дюпюитрена. В нашем исследовании исходили из генеза контрактуры Дюпюитрена, относительной простоты их определения и возможности идентификации по данным биохимического анализа *in vivo*, что представляется возможным при использовании спектроскопии.

Цель исследования: диагностика поражения ладонного апоневроза при контрактуре Дюпюитрена методом 1H-ЯМР спектроскопией высокого разрешения.

Материалы и методы исследования:

Объект исследования: 21 пациентов с контрактурой Дюпюитрена (возраст 30 - 60 лет), контрольная группа - 7 клинически здоровых человека возраст 29 - 45 лет, из них 24 мужчин и 4 женщин: степень - количество человек: I - 7, II - 7, III - 7.

Использовали МР - томограф Vantage (Exelart) с напряженностью магнитного поля 1,5 Т, катушку NV SPDR 7ch Head. Зона исследования - область дистальной ладонной склад-ки кисти, в проекции продольного тяжа ладонного апоневроза к пальцу.

Результаты исследований и их обсуждение.

При исследовании взаимосвязи измеряемого параметра с идентификацией контракту-ры Дюпюитрена в наших исследованиях значимые результаты получены при применении дискриминантного анализа.

Регистрация *in vivo* химического состава зоны интереса ладонный апоневроз является наиболее адекватным в плане неинвазивной диагностики контрактуры Дюпюитрена.

Одним из регистрируемых параметров в ЯМР спектроскопии *in vivo*, доступным не-посредственно из вида спектра, является T2\* (секунда).

Очевидно, что конечной задачей всякого медицинского исследования является его прикладное значение в медицине.

Дискриминантный анализ позволил идентифицировать контрактуру Дюпюитрена по данным 1H-ЯМР спектроскопии. Получено уравнение -  $3,373 + 0,242 \cdot T2^*$

Заключение:

Неинвазивная идентификация контрактуры Дюпюитрена по значению 1H-ЯМР - ре-лаксации T2\* возможна в 64% случаев.

## **СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА**

**Губайдуллина К.Д, Султанова А.У., Бакирова Д.Р.**

**Казанский государственный медицинский университет  
Научный руководитель – к.м.н., асс. Емелин А.Л.**

Актуальность работы: дегенеративно-дистрофические поражения относятся к числу самых распространенных заболеваний опорно-двигательного аппарата. В общей структуре указанной патологии дегенеративно-дистрофические заболевания тазобедренного сустава занимают около 50%. Этиология остеоартроза тазобедренного сустава остаётся неизвестной. Достоверно известны лишь предрасполагающие факторы, которые могут привести к развитию данной патологии: травмы сустава, пожилой возраст, избыточная масса тела, избыточные нагрузки на сустав, генетические дефекты суставного хряща.

Заболевание начинается постепенно, с лёгкой нетипичной симптоматики, что способствует позднему обращению пациента к врачу. В результате, возникают тяжёлые последствия, приводящие к потере трудоспособности, ранней инвалидизации, и, как следствие, значительному снижению качества жизни пациента.

Эффективным хирургическим методом лечения патологии тазобедренного сустава является его эндопротезирование, позволяющее не только восстанавливать функцию пораженного сустава, но и значительно улучшать качество жизни пациентов.

Правильно подобранная методика эндопротезирования тазобедренного сустава позволяет достичь практически желательного результата и в короткие сроки восстановить функциональную способность сустава.

Целью работы было изучение современных методов эндопротезирования тазобедренного сустава. В задачи входило изучение в отечественной и зарубежной литературе основных популярных методик оперативного лечения коксартроза и показаний к их применению.

Результаты исследования показали, что операция эндопротезирования прочно вошла в рутинную медицинскую практику и стала неотъемлемой частью восстановительного лечения пациентов с патологией тазобедренного сустава, поскольку не только позволяет купировать болевой синдром, но и возвращает функциональную активность, повышает качество жизни.

## **ЭВОЛЮЦИЯ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ТРАВМ ПЛЕЧЕВОГО СПЛЕТЕНИЯ**

**Борисов Д.В., Губаева Д.Н.**  
**Казанский государственный медицинский университет**  
**Научный руководитель – д.м.н., проф. Чикаев В.Ф.**

Актуальность. Повреждения плечевого сплетения являются одними из самых тяжелых и прогностически неблагоприятных заболеваний периферических нервов. Тяжесть данной патологии для пациента обусловлена потерей трудоспособности, болевым синдромом, косметическим дефектом, снижением социальной адаптации. Повреждения в 80-90% случаев наблюдаются у мужчин трудоспособного возраста до 50 лет. Выход на инвалидность в результате поражения ветвей плечевого сплетения по данным различных авторов колеблется от 45% до 75%. Несмотря на то, что травмы плечевого сплетения зачастую связаны с серьезными необратимыми осложнениями, многие концепции в лечении данной патологии претерпели значительные изменения за последние 50 лет.

Цель исследования. Рассмотреть ключевые этапы в истории развития хирургических методов лечения травм плечевого сплетения.

Методы. Обзор отечественной и зарубежной литературы.

Полученные результаты и выводы. Были изучены различные хирургические методы лечения травм плечевого сплетения в зависимости от степеней тяжести (которые использовались ранее и которые используются сейчас). В 50-х годах XX века применялись агрессивные методы терапии повреждений плечевого сплетения. Однако в течение последних десятилетий изменился сам подход к травмам плечевого сплетения, начиная с постановки диагноза и заканчивая лечением. Некоторые концепции уже давно получили широкое признание, тогда как другие стали применяться лишь недавно. Успехи в области микрохирургии позволили добиться высоких результатов после введения в практику методики неврролиза и сделали возможным выполнение неврролизации, которая стала наивысшим достижением в лечении травм плечевого сплетения. Прогресс в области лучевой диагностики наряду с увеличением скорости обработки изображений сократил время принятия решений, что повысило количество положительных исходов хирургических вмешательств.

Хирургическое лечение травм плечевого сплетения на протяжении последних десятилетий развивалось очень высокими темпами. В настоящее время имеется большой спектр методов лечения данной патологии, главной целью которых является достижение функционального восстановления вне зависимости от степени повреждения.

## **ВЫВИХ КАК ОСЛОЖНЕНИЕ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА**

**Гаврилова А.А, Федотова П.Г.**  
**Казанский государственный медицинский университет**  
**Научный руководитель – к.м.н., асс. Емелин А.Л.**

Заболевание тазобедренного сустава представляет большую проблему в связи с высоким процентом инвалидности и вовлечением в процесс молодых и активных пациентов. Общеизвестным и самым эффективным лечением на сегодняшний день является эндопротезирование тазобедренного сустава. Эндопротезирование – это операция по замене поврежденного сустава искусственным аналогом.

Процент осложнений после эндопротезирования тазобедренного сустава остается достаточно высоким. Среди них: вывихи головки эндопротеза, гнойно – воспалительные осложнения, перипротезные переломы, послеоперационные невриты, тромбэмболические осложнения и другие.

Актуальность: Вывих головки эндопротеза является наиболее частым осложнением после эндопротезирования тазобедренного сустава. Изучение причин и разработка путей профилактики наиболее частых осложнений эндопротезирования тазобедренного сустава были и остаются актуальными вопросами травматологии и ортопедии.

Цель:

Получить статистические данные о влиянии различных факторов на частоту возникновения вывихов после эндопротезирования тазобедренного сустава.

Задачи:

1. Изучить изменение частоты вывихов после тотального эндопротезирования тазобедренного сустава в зависимости от времени прошедшего с момента операции.
2. Определить наиболее значимые факторы, увеличивающие риск возникновения вывиха. Изучить влияние различных факторов на частоту возникновения вывихов после тотального эндопротезирования тазобедренного сустава (диагноз, возраст, пол, диаметр вертлужного компонента, диаметр головки, положение компонентов эндопротеза);
3. Разработать комплекс профилактических мероприятий для предотвращения вывихов после тотального эндопротезирования тазобедренного сустава.

Вывод: В ходе исследования мы выяснили, что к факторам риска развития вывиха после эндопротезирования тазобедренного сустава является преклонный возраст, тяжелая сопутствующая патология (сахарный диабет, ревматоидный артрит и другие системные заболевания), гнойные воспалительные процессы в области тазобедренного сустава в анамнезе, а также операции при диспластическом коксартрозе.

## **РЕВМАТОИДНАЯ КИСТЬ-ПРОБЛЕМЫ РЕШЕНИЯ**

**Шамсиев Ф.Б.**  
**Казанский государственный медицинский университет**  
**Научный руководитель – к.м.н., асс. Осмоналиев И.Ж.**

Ревматоидный артрит- системное воспалительное заболевание соединительной ткани с преимущественным поражением суставов по типу хронического прогрессирующего эрозивно-деструктивного полиартрита, протекающее с множеством осложнений.

Поражение кисти занимает особое место в клинической картине хронических заболеваний суставов.

Поражение сухожилий и изменения мышц играют ведущую роль в формировании стойких деформаций кистей: девиация в ульнарную сторону пальцев, деформации пальца типа «пуговичной петли» или «шеи лебедя». Эти деформации встречаются почти исключительно при ревматоидном артрите и определяют понятие «ревматоидная кисть».

Артрит сопровождается появлением болей в суставах, которые обычно усиливается к утру или ночью и часто сочетаются с утренней скованностью. При осмотре отмечаются изменения конфигурации пораженных суставов, локальная болезненность при пальпации, а также нарушение функции.

Рентгенологические изменения, особенно рано выявляемые в суставах кистей и стоп, также имеют большое диагностическое значение. Основными признаками при этом являются около суставной эпифизарный остеопороз, сужение суставной щели, развитие краевых костных эрозий.

Данные примеры относятся к запущенным деформациям ревматоидной кисти, когда восстановительные консервативные мероприятия неэффективны.

Хирургическое лечение применяют при ревматоидном артрите с целью сохранения, восстановления или улучшения функции суставов. Различают оперативные вмешательства типа синовэктомии, теносиновэктомии, синовкапсулэктомии, капсулотомии, остеотомии, резекционная артропластика и эндопротезирование.

С учетом высокой адаптационной способности ревматоидной кисти даже при крайне запущенных видах деформации, по нашему мнению необходимы дальнейшее исследования для уточнения показаний и противопоказаний к корригирующим операциям.

Таким образом, изучение этиологии и патогенеза ревматоидный артрит – ревматоидная кисть и поиск надежных способов ее консервативного и оперативного лечения продолжается.

## УРОЛОГИЯ

### ВЫБОР МЕТОДА ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ АДЕНОМЫ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

**Абдурахманов Р.А.**

**Казанский государственный медицинский университет**

**Научный руководитель – к.м.н., доц. Зубков А.Ю.**

**Введение.** Аденома предстательной железы (АПЖ) является одним из наиболее распространенных заболеваний мужчин пожилого и старческого возраста. Диагноз АПЖ имеют более 40% мужчин в возрасте 50 лет и более 90% в возрасте старше 80 лет. Клинические проявления АПЖ по данным F. Schröder имеют место у 34% мужчин в возрасте 40–50 лет, у 67% мужчин в возрасте 51 года – 60 лет, у 77% мужчин в возрасте 61 года – 70 лет и у 83% мужчин в возрасте старше 70 лет. Прогнозируемое ВОЗ увеличение доли пожилых людей в общей популяции предполагает рост числа больных с АПЖ.

**Цель исследования.** Повышение эффективности результатов оперативного лечения больных АПЖ.

**Материал и методы исследования.** Проанализированы результаты лечения 72 больных АПЖ средний возраст которых составил 73,6 лет в урологической клинике КГМУ. 44 больным была выполнена чреспузырная аденомэктомия с глухим швом мочевого пузыря, 28 пациентам с объемом предстательной железы не более 60 мл проведена трансуретральная резекция аденомы (ТУР). Условиями для включения в исследование служили:  $Q_{ср} < 10$  мл/сек, суммарный балл IPSS > 19, наличие остаточной мочи > 50 мл. Объем предстательной железы был от 29 до 150 мл. Все вмешательства производились под регионарной анестезией. Самостоятельное мочеиспускание в обеих группах восстанавливалось на 2-3 сутки. Эффективность оперативного лечения оценивалась через 3 месяца.

**Результаты.** У всех пациентов отмечено отсутствие остаточной мочи. Уродинамические показатели в группе пациентов после аденомэктомии составили  $Q_{макс} 24 \pm 1,3$  мл/сек,  $Q_{ср} 11,6 \pm 1,1$  мл/сек, в группе после ТУР –  $Q_{макс} 17,2 \pm 0,8$  мл,  $Q_{ср} 11,4 \pm 1,2$  мл/сек. Индекс IPSS в группе после аденомэктомии составил 2,3 балла, в группе после ТУР – 9,7 балла. Анализируя результаты IPSS, установлено, что в группе после ТУР у пациентов превалировала ирритативная симптоматика. После назначения ?1 аденоблокаторов пациентам этой группы через 1 месяц 23 (82%) отметили улучшение.

**Выводы.** Чреспузырная аденомэктомия с глухим швом мочевого пузыря в настоящее время остается радикальным и эффективным методом хирургического лечения аденомы предстательной железы. ТУР эффективна при объеме предстательной железы менее 60 мл, требует дополнительной медикаментозной коррекции ирритативных симптомов в послеоперационном периоде.

### ТАКТИКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЕ ПРИ ОСЛОЖНЕННЫХ ФОРМАХ ПИЕЛОНЕФРИТА У БЕРЕМЕННЫХ

**Ходжамуродов А.М., Умарова З.И., Ибодова Г.Х.**

**Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино**

**Научный руководитель – д.м.н., проф. Солихов Д.Н.**

**Цель** - улучшение эффективности лечения пиелонефрита беременных с обструктивным гидронефрозом.

**Методы исследования.** Под нашим наблюдением с 2013 - 2014 года находились 53 женщин по поводу пиелонефрита беременности с гидронефрозом в возрасте от 18 до 29 лет, с первой беременностью в сроки от 16 до 28 недель. Из них 21 (41,17%) больных госпитализирован в тяжелом состоянии, 18 (26,47%) поступили в средне тяжелом состоянии. Остальные 14 (32,36%) пациентки получили амбулаторное лечение. Правостороннее поражение была у 40 больных, левостороннее процесс была – у 6. У 7 больных наблюдалось двухстороннее процесс. 25 (44,2%) женщин поступили с болями в поясничной области разной степени выраженности. Почечная колика наблюдалась у 8 пациенток (14,7%). У 20 (41,1%) больных лихорадка носила гектический характер доходящий до  $38 - 39^{\circ}\text{C}$ , сопровождающееся потрясающим ознобом, тошнотой, слабостью и нарушением сна, что, определяло тяжесть состояния больных. При УЗИ определялась разной степени выраженности расширение полостной системы почек. Лейкоцитурия и бактериурия выявлена у всех пациенток.

**Полученные результаты.** При поступлении всем больным назначены антибиотики согласно антибиотикограмме мочи, витамины группа «В», спазмолитики, позиционно дренирующая терапия а при выраженных признаках интоксикации организма дополнительно проводилось инфузионно – дезинтоксикационная терапия. В результате лечения у 29 (58,8%) больных отмечен положительный эффект. На 3-5 день лечения температура тела нормализовалась, боли уменьшились. У 24 (41,2%) пациенток

консервативное лечение была неэффективной. После установления стента и проведения антибиотикотерапии через 5-7 дней состояние больных улучшилось. Болевой синдром купирован, температура тела нормализовалась. На контрольном УЗИ определялось значительное уменьшение степени гидронефроза.

Заключение. Использование внутреннего дренирования почки при осложненных формах пиелонефрита беременности, сопровождающееся гидронефрозом, значительно улучшает эффективность лечения, что, способствует профилактике осложнений течения беременности и родов.

## **ПРОБЛЕМЫ ДИАГНОСТИКИ НЕДЕРЖАНИЯ МОЧИ У ПАЦИЕНТОВ С АДЕНОМОЙ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ**

**Камалетдинов Р.Э.**

**Казанский государственный медицинский университет  
Научный руководитель – к.м.н., доц. Зубков А.Ю.**

Важность вопроса недержания мочи (НМ) у мужчин определяется не только ее медицинской, но и высокой социальной значимостью. Частота НМ у лиц мужского пола зависит от возраста и колеблется от 3% в возрасте 45-64 года до 24% у мужчин старше 75 лет. По приблизительным оценкам, различные формы инконтиненции встречаются у 5% мужского населения (Аль-Шукри А.Х., Кузьмин И.В., 2001). Увеличивающееся в нашей стране количество радикальных операций по поводу рака и аденомы предстательной железы (АПЖ) делает эту проблему весьма актуальной. Следует отметить, что НМ может быть обусловлено дисфункцией не только сфинктера, но и мочевого пузыря или комбинацией обеих причин. У некоторых мужчин НМ может быть проявлением идиопатического гиперактивного мочевого пузыря (ГАМП). Известно, что у пациентов с императивным мочеиспусканием и инфравезикальной обструкцией, устранение последней приводит к разрешению императивных симптомов лишь в 35% случаев. Данный научный факт подтверждает необходимость начинать лечение ГАМП до операций, направленных на устранение обструкции нижних мочевыводящих путей, - таких как аденомэктомия либо ТУР предстательной железы. Игнорирование самой возможности ГАМП у мужчин может быть следствием высокой распространенности АПЖ и, соответственно, симптомов, связанных с инфравезикальной обструкцией, традиционно считающейся основным звеном патогенеза расстройств мочеиспускания у мужчин. Но такого подхода к лечению порой оказывается недостаточно, что обуславливает возможность применения комбинированной терапии холинолитиками и  $\alpha$ -адреноблокаторами.

Таким образом, требуется изменение подходов в отношении проблемы диагностики НМ у мужчин с АПЖ с целью определения патогенетического метода лечения, что позволит повысить качество жизни данной категории пациентов.

## **ОПТИМИЗАЦИЯ ДИАГНОСТИКИ НЕДЕРЖАНИЯ МОЧИ У ЖЕНЩИН**

**Аксенова Л.А.**

**Казанский государственный медицинский университет  
Научный руководитель – к.м.н., доц. Зубков А.Ю.**

Введение: По данным европейской и американской статистики, около 45 % женского населения отмечают симптомы инконтиненции. Согласно отечественным исследованиям, данные симптомы встречаются у 38,6 % российских женщин. (Лоран О.Б. 2005, Пушкарь Д.Ю. 2007)

Цель: Повышение эффективности лечения недержания мочи у женщин.

Задачи: Оптимизация диагностики недержания мочи у женщин.

Метод исследования: анализ литературы по представленной теме.

Результаты: проанализировала диагностическую ценность таких методов исследования как, дневник мочеиспускания, тест-опросник, пальпация и перкуссия передней брюшной стенки, влагалищное обследование, ректальное исследование, лабораторные исследования (общий анализ крови, общий анализ мочи, анализ мочи по Нечипоренко, посев мочи на микрофлору и чувствительность к антибиотикам), инструментальные исследования (определение объема остаточной мочи, уродинамическое исследование, трансабдоминальное и трансвагинальное ультразвуковое исследование мочевого пузыря, цистография, ЯМР-томография)

Вывод: Таким образом, оптимизация диагностики недержания мочи у женщин должна решаться в каждом конкретном случае индивидуально и может быть достигнута путем комплексного применения следующих методов исследования: сбор анамнеза, дневник мочеиспускания, тест-опросник, влагалищное исследование, комплексное уродинамическое исследование, трансабдоминальное и трансвагинальное ультразвуковое исследование мочевого пузыря, ЯМР-томография.

## **ПРОБЛЕМА ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО БАКТЕРИАЛЬНОГО ПРОСТАТИТА**

**Юлдашев Э. А.**

**Казанский государственный медицинский университет  
Научный руководитель – д.м.н., доц. кафедры Зубков А. Ю.**

В урологической практике синдром хронической тазовой боли (СХТБ) у мужчин ассоциирован с хроническим бактериальным простатитом (ХАП), составляющим около 90% всех хронических простатитов (Nickel J.C. et al., 2000), и являющимся самым частым урологическим заболеванием у мужчин до 50 лет (Аляев и др., 2005). На сегодняшний день нет единого мнения: относить ли ХАП с отсутствием, воспаления в предстательной железе к хроническому простатиту или это отдельное заболевание, сходное с ним симптоматически, но не связанное с изменениями в предстательной железе ни морфологически, ни патогенетически. В качестве возможных патогенетических механизмов рассматривается дисфункция гипоталамо-гипофизарной, а также усиление возбуждения ноцицептивной систем, что приводит к снижению порога болевой чувствительности и возникновению ощущения боли при наличии минимальных, подпороговых раздражителей. Возникает необходимость дальнейшего поиска новых методов лечения и диагностики. Материал и методы. Были изучены материалы и научные публикации посвященной данной тематике за последние десять лет. Цель исследования. Повышение эффективности диагностики и лечения ХАП на основе углубленного изучения особенностей клинических проявлений заболевания и психофизиологических показателей. Задача. Разработать оптимальный метод диагностики и лечения на основании литературных данных. Результаты. Многофакторный характер патогенетических механизмов возникновения боли при невоспалительном синдроме хронической тазовой боли, значительная роль миотонической и психогенной составляющей в формировании заболевания определяют необходимость комплексного подхода к проводимому лечению. Выводы. Лечение ХАП



должно проводится, не только урологами, но и с привлечением специалистов узких профилей (невролог, гинеколог, проктолог).

### **АЛГОРИТМ ДИАГНОСТИКИ АДЕНОМЫ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ**

**Султанов А.Р.**

**Казанский государственный медицинский университет  
Научный руководитель – к.м.н., доц. Зубков А.Ю.**

**Введение.** Аденома предстательной железы (АПЖ) – полиэтиологическое заболевание, возникающее вследствие разрастания периуретральной железистой зоны предстательной железы, приводящее к обструкции нижних мочевыводящих путей (Лопаткин Н.А. 2013). Актуальность исследования определяет высокая заболеваемость мужчин в возрасте 51 и более (до 80%) и омоложение группы больных с АПЖ.

**Цели и задачи.** Разработать алгоритм диагностики который будет обеспечивать повышение эффективности лечения, улучшать качество жизни больного и экономить ресурсы больницы.

**Методы исследования.** Для диагностики АПЖ существует большой выбор исследований. IV Международная консультация по ВРН (Париж, 1997) рекомендует четыре варианта диагностических тестов для выявления АПЖ: 1. Обязательные – применяются при первоначальном обращении пациента: анамнез, выраженность симптомов по I-PSS и оценка качества жизни (QoL), объективное и ректальное исследование, анализ мочи. 2. Рекомендуемые – оценка функции почек, уровень простатспецифического антигена, урофлоуметрический индекс, остаточная моча. 3. Оптимальные: исследование «давление – поток», ультрасонография трансабдоминальным методом, исследование верхних мочевых путей ультразвуковым сканированием либо экскреторной урографией, эндоскопия нижнего мочевого тракта. 4. Не рекомендуемые в качестве рутинных: ретроградная уретрография, уретральная профилометрия, микционная цистоуретрография, электромиография наружного сфинктера уретры, цистометрия.

**Результаты.** Исходя из проведенного анализа диагностических исследований АПЖ, нами предлагается диагностический алгоритм:

1. Анамнез (IPSS).
2. Простатспецифический антиген.
3. Общий анализ мочи и Биохимический анализ крови.
4. Пальцевое ректальное обследование простаты.
5. Трансректальное УЗИ и УЗИ мочевыводящей системы.
6. Урофлоуметрия.

**Выводы.** Данный является алгоритм информативным, простым, экономит материальные ресурсы больницы, сокращает время обследования. Удобен для дифференциальной диагностики и контроля за состоянием больного.

### **ПУТИ ПОВЫШЕНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ ДИАГНОСТИКИ МОЧЕКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ**

**Кутдусов Р.Ш.**

**Казанский государственный медицинский университет  
Научный руководитель – д.м.н., доц. Зубков А.Ю.**

**Введение.** Среди урологических заболеваний мочекаменная болезнь (МКБ) является одной из самых часто встречаемых. По мировым данным 12% мужчин и 5% женщин хотя бы раз в течение жизни переносят почечную колику. В 65-70% случаев диагностируется у лиц в возрасте 20-60 лет. В 11% случаев МКБ приводит к хронической почечной недостаточности, в 35-40% случаев имеет рецидивирующий характер.

**Цель исследования.** Улучшение результатов лечения МКБ. **Задача.** Повышение эффективности диагностики больных с МКБ. **Материалы и методы.** Диагностика МКБ включает в себя различные лабораторные и инструментальные методы. Лабораторные анализы мочи и крови позволяют выявить нарушение обмена веществ, определить химический состав камней и для обнаружения воспалительного процесса, если он есть. УЗИ почек, мочевого пузыря – один из основных методов выявления камней, который позволяет оценить степень анатомических изменений, вызванных наличием или миграцией конкремента. Рентгенологические методы исследования мочевыводящих путей (обзорная, экскреторная урография, ретроградная, антеградная пиелоуретрография, компьютерная томография) позволяют оценить анатомию мочеполювой системы, обнаружить камни любых форм, размеров и контрастности во всех отделах мочевого тракта. Магнитно-резонансная томография дает возможность по косвенным признакам подтвердить наличие камня и выявить его локализацию. Радионуклидное исследование позволяет исследовать функциональную раздельную функцию почек, оценив их секреторную и эвакуаторную способность. Хромоцистоскопия применяется для исследования функции почек и проходимости мочеточников, заключающийся во внутривенном введении индигокармина с последующим наблюдением за его выделением из устьев мочеточников.

**Результаты исследования.** На основе вышеизложенных методов предложен базовый алгоритм диагностики МКБ, заключающийся в комплексном и последовательном проведении наиболее информативных диагностических тестов.

**Выводы.** Таким образом, представленный алгоритм повышает эффективность диагностики и позволяет сократить экономические затраты на лечение МКБ.

### **РЕЗУЛЬТАТЫ ЭКСПЕРИМЕНТА ПО ИСПОЛЬЗОВАНИЮ БИОЛОГИЧЕСКОГО КЛЕЯ ПРИ УРЕТРОУРЕТРОАНАСТОМОЗЕ**

**Дибиров Н.М.**

**Дагестанская государственная медицинская академия  
Научный руководитель – д.м.н., доц. Катибов М.И.**

**Цель исследования:** выявление возможных преимуществ биологического клея при создании уретроуретроанастомозов.

**Методы исследования:** Эксперимент выполнен на 16 кроликах-самцах, которые разделены на 2 группы по 8 животных: в группе 1 уретроуретроанастомоз выполнен с использованием клея отечественного производства «Биоклей-ЛАБ», в группе 2 – без клея. Суть операции заключалась в том, что уретру рассекали в поперечном направлении, а затем ее дефект ушивали узловыми швами с помощью нити Vicryl 6/0 с атравматичной иглой. В группе 1 анастомоз создан с помощью 3 швов и обработки остальной зоны клеем, в группе 2 – с помощью 6 швов. После операции животных умерщвляли на 14 и 28 сутки по 4 кролика из каждой группы. В эти сроки проводили гистологическое исследование и оценку микробной обсемененности области шва.

Полученные результаты. На 14 сутки в группе 1 в зоне анастомоза отмечалась умеренно выраженная воспалительная лейкоцитарная инфильтрация с преобладанием лимфоцитов, имело место новообразование сосудов капиллярного типа в подслизистом слое. В группе 2 отмечалась выраженная в большей степени воспалительная лейкоцитарная инфильтрация с преобладанием нейтрофильных гранулоцитов, встречались микротромбозы сосудов, признаков новообразования сосудов не выявлены. На 28 сутки в группе 1 фиброзные изменения в зоне анастомоза были выражены в меньшей степени: отмечалась оформленная соединительная ткань, в подслизистом слое хорошо была развита сеть новообразованных сосудов. В группе 2 в зоне анастомоза выявлен значительный фиброз: вся область была представлена коллагеновыми волокнами соединительной ткани, отмечены фиброз стенок сосудов с сужением их просвета и нарушение микроциркуляции с наличием тромбов в просвете сосудов. Показатели колониеобразующих единиц кишечной палочки в 1 мл смыва с области швов уретры на 14 сутки составили 103 и 3,5?103 в группах 1 и 2 соответственно, на 28 сутки – 0 и 103 соответственно.

Заключение. Биологический клей улучшает кровоснабжение зоны уретроуретроанастомоза, уменьшает развитие в ней фиброза и усиливает барьерные свойства против проникновения патогенной микрофлоры.

## **ПРОФИЛАКТИКА ОСЛОЖНЕНИЙ КОНТАКТНОЙ УРЕТЕРОЛИТОТРИПСИИ**

**Касимов М.Р.**

**Казанский государственный медицинский университет**

**Научный руководитель – к.м.н., доц. Зубков А.Ю.**

Введение. Наиболее эффективными методами лечения мочекаменной болезни являются дистанционная литотрипсия и контактная уретеролитотрипсия. Контактная уретеролитотрипсия несмотря на преимущества имеет свои осложнения, которые можно разделить на воспалительные (до 12%) и травматические (до 20%).

Цель и задачи исследования. Повысить эффективность лечения мочекаменной болезни методом контактной уретеролитотрипсии. Снизить количество интра- и послеоперационных осложнений.

Материал и методы. Контактная уретеролитотрипсия произведена у 700 больных в возрасте от 17 до 85 лет с локализацией камней в нижней трети (94%) и средней трети (6%) мочеточника. Для выполнения уретеролитотрипсии использовали ригидные уретероскопы 8,5–11–12 FR, а для дезинтеграции конкрементов применялась ультразвуковая, лазерная и пневматическая литотрипсия.

Уретероскопия должна осуществляться при хорошем визуальном контроле. Для предотвращения травмы интрамурального отдела мочеточника обязательно проводится предварительное бужирование устья и проведение в просвет мочеточника проводника. В ходе проведения уретероскопа исключается использование форсированных движений при встрече препятствий, недопущение насильственной тракции крупных вклиненных конкрементов. При дроблении камня в просвете мочеточника необходимо прижимать его к стенке рабочим элементом литотриптора для предотвращения миграции. Мероприятия для снижения риска воспалительных осложнений: эффективная антибактериальная терапия, сокращение длительности вмешательства, адекватный отток ирригационной жидкости во время операции и дренирование верхних и нижних мочевых путей в послеоперационном периоде.

Результаты. Полная дезинтеграция и экстракция конкрементов достигнута у всех пациентов. Обострение хронического пиелонефрита в послеоперационном периоде наблюдалось у 9,6% больных, из них после лазерной – 7,2%, после ультразвуковой – 2,4% и отсутствовало после пневматической литотрипсии. Травматические осложнения в виде перфорации мочеточника отмечались у 2,3% больных, отрыв мочеточника наблюдался в одном случае уретеролитотрипсии.

Выводы. Соблюдение выше указанных мероприятий позволяет значительно снизить количество осложнений, уменьшить срок пребывания пациента в стационаре и повысить эффективность лечения уролитиаза.

# **ФАРМАЦИЯ**

## **РАЗРАБОТКА ЭКСПРЕСС–МЕТОДА КОЛИЧЕСТВЕННОГО ОПРЕДЕЛЕНИЯ СУММЫ ФЛАВОНОИДОВ В ТРАВЕ ЧЕРЕДЫ**

**Петрова Д.Н.**

**Казанский государственный медицинский университет**

**Научный руководитель – к.б.н., доц. Хазиев Р.Ш.**

Трава череды трехраздельной (*Bidens tripartita* L., сем. Asteraceae) используется в медицине в форме настоя как диуретическое и потогонное средство, и наружно – прежде всего в педиатрической практике для приготовления ванн, аппликаций или компрессов при диатезах и дерматозах. По фармакопее трава череды количественно стандартизуется по содержанию суммы полисахаридов. Вышедшие в последние годы нормативные документы предусматривают дополнительную стандартизацию травы череды по содержанию суммы флавоноидов, а если сырье используется только для внутреннего употребления (фильтр-пакеты), то стандартизация осуществляется только по содержанию флавоноидов. Самым продолжительным этапом методики является часовая экстракция флавоноидов кипящим 70% этанолом. Одним из способов сокращения времени экстракции флавоноидов может стать дробное извлечение с более короткими временными отрезками. Отказ от длительного исчерпывающего извлечения флавоноидов путем введения поправочных коэффициентов на неполноту экстракции – еще один из вариантов сокращения времени анализа. Примененная нами дробная трехкратная (по 30 минут) экстракция травы череды показала, что используемая официальная методика не обеспечивает полноты экстракции флавоноидов – при трехкратной дробной экстракции извлекалось  $3,56 \pm 0,17$  (в процентах от массы сырья) флавоноидов против  $2,96 \pm 0,15$  процентов при однократной часовой экстракции.

В ходе дальнейших экспериментов было установлено, что дробная двукратная (по 10 минут) экстракция травы череды 70% этанолом позволяет извлекать  $3,36 \pm 0,16$  (в процентах от массы сырья) флавоноидов, что составляет 94,4% от их содержания в сырье (определенного методом трехкратной дробной экстракции) и фактически превышает их содержание, определенное по методике фармакопейной статьи. Введение в расчетную формулу поправочного коэффициента на неполноту извлечения флавоноидов при двукратной (по 10 минут) экстракции флавоноидов равного 1,06 позволяет предложить экспресс-

метод определения флавоноидов в траве череды, в котором время экстракции сокращено до 20 минут, а общее время анализа составляет немногим более часа.

## **РАЗРАБОТКА ТВЕРДОЙ ЛЕКАРСТВЕННОЙ ФОРМЫ ДЕЗЛОРАТАДИНА**

**Лефтерова М.И.**

**Казанский государственный медицинский университет**

**Научный руководитель – д.фарм.н., доц. Камаева С.С., к.х.н. Анисимов А.Н.**

На сегодняшний день отечественный рынок лекарственных препаратов представлен небольшим количеством современных антигистаминных лекарств. С целью расширения российского рынка в данном направлении необходимо разработать и внедрить в производство наиболее эффективные и зарекомендовавшие себя антигистаминные препараты последнего поколения. Дезлоратадин при отсутствии седативного, кардиотоксического и других эффектов имеет лучший профиль безопасности по сравнению с препаратами других поколений этой группы. Все вышесказанное обусловило выбор данного препарата для производства отечественного дженерика.

Целью исследования является разработка состава и технологии таблеток дезлоратадина и их стандартизация.

В результате проведенных исследований было решено в качестве способа таблетирования использовать прямое прессование, обладающее рядом преимуществ: сокращение времени производственного цикла за счет упразднения ряда операций и стадий; использование меньшего количества оборудования; уменьшение производственных площадей; снижение энерго- и трудозатрат; получение таблеток из влажно-термостабильных материалов и несовместимых веществ.

На базе химико-фармацевтического предприятия ОАО «Татхимфармпрепараты» были сделаны 10 загрузок, содержащие различные комбинации вспомогательных веществ: маннит, кальция гидрофосфата дигидрат, микрокристаллическую целлюлозу, крахмал кукурузный прежелатинизированный, карбоксиметилкрахмал натрия, поливинилпирролидон, магния стеарат, тальк. В результате наблюдений и исследований был отобран состав, включающий маннит, кальция гидрофосфата дигидрат, микрокристаллическую целлюлозу, крахмал кукурузный прежелатинизированный, магния стеарат, тальк. Изготовленные таблетки полностью соответствовали статье «Таблетки» государственной фармакопеи XI том 2. Кроме того, в результате проведенной процедуры «Биоверификация» была установлена эквивалентность таблеток дезлоратадина оригинальному препарату «Эриус».

Таким образом, был разработан состав и технология таблеток дезлоратадина, обладающих адекватными структурно-механическими и технологическими свойствами.

## **РАЗРАБОТКА СПОСОБОВ КУЛОНОМЕТРИЧЕСКОГО ОПРЕДЕЛЕНИЯ ВОДЫ В СУБСТАНЦИЯХ БЕТА-ЛАКТАМНЫХ АНТИБИОТИКОВ**

**Калинкина Е.А.**

**Казанский государственный медицинский университет**

**Научный руководитель – д.фарм.н., доц. Абдуллина С.Г.**

Для определения воды в субстанциях бета-лактамов Европейской Фармакопеей рекомендовано использовать волюмометрический метод Фишера. Перспективным методом определения воды является кулонометрическое титрование по методу Фишера, которое включено в ряд национальных фармакопей. Преимуществами кулонометрического титрования перед классическим методом Фишера является высокая точность и воспроизводимость результатов измерения, простота проведения эксперимента и экспрессность.

Цель настоящего исследования – разработка унифицированных методик кулонометрического определения воды по методу Фишера в субстанциях бета-лактамовых антибиотиков.

Объектами исследования являлись субстанции: оксациллина натрия моногидрата, амоксициллина тригидрата, ампициллина тригидрата, ампициллина натрия, цефазолина натрия, цефуроксима натрия, цефотаксима натрия, цефтриаксона натрия, цефоперазона натрия и цефепима стерильного.

Определение воды проводили на кулонометре «Эксперт-007» (НПП «Эконикс-Эксперт», Россия). Конечную точку титрования определяли бипотенциометрически. Правильность определения воды проверяли по стандартному раствору Hydralan – Check Solution 1,00 с содержанием воды  $1,00 \pm 0,03$  мг H<sub>2</sub>O/г (Германия).

Содержание воды в субстанциях бета-лактамовых антибиотиков определяли на трех уровнях концентрации вещества в диапазоне 70-130% от уровня концентрации, принятого за 100%, и в 6 навесках на среднем уровне. Относительное стандартное отклонение не превышает 0,02. Относительная ошибка среднего составила 1-2%. Установлено, что по содержанию воды данные субстанции отвечают требованиям Европейской Фармакопеи 7.0.

Разработанные методики кулонометрического определения воды по методу Фишера в субстанциях бета-лактамовых антибиотиков могут быть использованы для включения в раздел нормативной документации «Вода».

## **СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ МЕТОДА ОПРЕДЕЛЕНИЯ ВОДЫ В СУБСТАНЦИИ РОЗУВАСТАТИНА**

**Шабалина Е.А.**

**Казанский государственный медицинский университет**

**Научный руководитель – д.фарм.н., доц. Абдуллина С.Г.**

Статины являются приоритетными препаратами в лечении пациентов с гиперхолестеринемией. Одним из самых эффективных веществ этой группы является розувастатин – синтетический статин IV поколения. Для производства препарата на основе розувастатина необходима разработка надежных методов контроля качества исходной субстанции. Немаловажную роль при этом играет определение воды, содержание которой в субстанции заметно влияет на результат количественного определения.

Нормативной документацией для определения показателя «Вода» в субстанции розувастатина рекомендован классический метод Фишера, тогда как для определения того же показателя в таблетках «Крестор», действующим веществом которого является розувастатин, используется кулонометрическое титрование по Фишеру. Для получения сопоставимых результатов определения воды в субстанции и таблетках желательно унифицировать методики определения воды в субстанции и лекарственном препарате единым методом кулонометрического титрования.

Цель работы: усовершенствование метода определения воды в субстанции розувастатина.

Объект исследования: субстанция розувастатина кальция (серия ROS/IV/PP-2/11, производитель «Amoli Organics Pvt. Ltd.», Индия).

Определение воды проводили на кулонометре «Эксперт-007» (НПП «Эконикс-Эксперт», Россия). Конечную точку титрования определяли бипотенциометрически. Генераторным и вспомогательным электродами служили платиновые спирали. В качестве рабочих растворов использовали КФИ-Анод и КФИ-Катод (НПП «Акваметрия», Россия). Правильность определения воды проверяли по стандартному раствору HYDRANAL – Check Solution 1,00 с содержанием воды  $1,00 \pm 0,03$  мг H<sub>2</sub>O/г (Германия).

Установлено, что содержание воды в субстанции розувастатина составило  $3,50 \pm 0,05\%$ . Относительная ошибка среднего – 1%.

Разработанный метод кулонометрического определения содержания воды в субстанции розувастатина является экспрессным и недорогим по сравнению с методом, рекомендованным нормативной документацией и может быть использован для включения в раздел «Вода».

## **СРАВНИТЕЛЬНОЕ ИЗУЧЕНИЕ СВОЙСТВ ИНТЕРПОЛИЭЛЕКТРОЛИТНЫХ КОМПЛЕКСОВ С УЧАСТИЕМ EUDRAGIT EPO И EUDRAGIT L100-55 СОПОЛИМЕРОВ**

**Рубцова Е.В.**

**Казанский государственный медицинский университет**

**Научный руководитель – к.фарм.н., доц. Мустафин Р.И., асс. Ситенков А.Ю.**

Большой интерес для фармацевтической технологии представляет поиск новых полимерных носителей используемых при создании пероральных лекарственных форм (ЛФ) с контролируемым высвобождением. Широкие возможности для этого предоставляют интерполиэлектrolитные комплексы (ИПЭК), интенсивные исследования, в области физической химии которых позволили выделить их в самостоятельный класс носителей полимерной природы. ИПЭК представляют продукты взаимодействия двух противоположно заряженных полиэлектролитов (ПЭ): поликатионов и полианионов. Согласно данным литературы, используемые в качестве носителей лекарственных веществ (ЛВ), ИПЭК обладают универсальными диффузионно-транспортными характеристиками, что обусловлено их строением и простотой целенаправленного регулирования свойств путем изменения макромолекулярных параметров составляющих ИПЭК полимеров. В связи с этим особый интерес представляет исследование диффузионно-транспортных свойств ИПЭК, образованных сополимерами Eudragit EPO и Eudragit L100-55, широко применяемых в технологии получения лекарственных форм.

Целью данной работы является сравнительное исследование интерполиэлектrolитных комплексов с участием сополимеров Eudragit EPO и Eudragit L100-55. Для реализации поставленной цели необходимо: подобрать оптимальные условия образования ИПЭК между изучаемой парой сополимеров методами гравиметрии, турбидиметрии, вискозиметрии; исследовать состав и структуру полученных ИПЭК методами ДСК-МТ и ИК-спектроскопии; подробно изучить диффузионно-транспортные свойства поликомплексных систем, на примере двух модельных ЛВ – индометацина и теофиллина в средах, имитирующих продвижение по желудочно-кишечному тракту. Проведенное исследование позволит наиболее полно подчеркнуть универсальность синтезированных ИПЭК и перспективность их применения в фармацевтической технологии.

## **СРАВНИТЕЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ГАСТРОРЕТЕНТИВНЫХ СИСТЕМ ДОСТАВКИ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ВЕЩЕСТВ НА ОСНОВЕ ХИМИЧЕСКИ КОМПЛЕМЕНТАРНЫХ СОПОЛИМЕРОВ EUDRAGIT® И ХИТОЗАН**

**Шайхрамова Р.Н.**

**Казанский государственный медицинский университет**

**Научный руководитель – к.фарм.н., доц. Мустафин Р.И., асс. Буховец А.В.**

На сегодняшний день использование пероральных лекарственных форм остается, в большинстве случаев, предпочтительным путем медикаментозного лечения. Но многие лекарственные вещества (ЛВ) эффективно всасываются лишь в верхней части желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), а именно в желудке и проксимальной области тонкого кишечника. Поэтому, продление времени пребывания лекарственного препарата в верхней части ЖКТ является одной из важнейших задач современной фармацевтической технологии. Одним из ЛВ, обладающих плохой всасываемостью в нижних отделах ЖКТ, является метформин – самый распространенный препарат медикаментозной терапии при

инсулиннезависимой форме сахарного диабета.

Целью данной работы является изучение диффузионно-транспортных свойств интерполимерных комплексов (ИПК) на основе химически комплементарных сополимеров Eudragit® и полисахарида хитозан с позиции применения их в гастроретентивных системах, содержащих метформин.

Объекты исследования: ИПК на основе химически комплементарных сополимеров Eudragit® (EPO, L100, S100) и полисахарида хитозан, модельное лекарственное вещество — метформин.

Методы исследования. Высвобождение ЛВ из поликомплексных гастроретентивных матриц, на основе химически комплементарных сополимеров Eudragit® и полисахарида хитозан, оценивали на приборе DT626 «Erweka» (Германия) по методу 1 («вращающаяся корзинка») согласно Фармакопее США в среде, имитирующей нахождение в желудке, используя 0,1 М соляную кислоту (pH=1,2) и ацетатный буфер (pH=4,5), концентрацию метформина измеряли УФ-спектрофотометрически на приборе Lambda 25 «Perkin Elmer» (США) при длине волны 232 нм, а также методом высокоскоростной жидкостной хроматографии (ВЭЖХ) на приборе LC-20 Prominence «Shimadzu» (Япония) с УФ-детектором; математическое моделирование проводили согласно соответствию уравнению кинетики первого порядка.

В результате проведенных исследований определен механизм высвобождения модельного ЛВ и произведен научно-обоснованный подбор композиций гастроретентивных систем, содержащих ИПК на основе химически комплементарных сополимеров Eudragit® и полисахарида хитозан и метформин.

## **ФИЗИКО-ХИМИЧЕСКОЕ И ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПОЛИМЕТАКРИЛАТНЫХ КОМПЛЕКСОВ, ОБРАЗОВАННЫХ EUDRAGIT RL И ТРЕМЯ КОМПЛЕМЕНТАРНЫМИ ПОЛИАНИОНАМИ EUDRAGIT**

**Зиятдинова А.Г.**

**Казанский государственный медицинский университет**

**Научный руководитель – к.фарм.н., доц. Мустафин Р.И., асс. Ситенков А.Ю.**

На сегодняшний день актуальна проблема расширения ассортимента вспомогательных веществ, обеспечивающих высвобождение ЛВ в заданном отделе желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), применение которых в технологии получения

лекарственных форм (ЛФ) повышает эффективность фармакотерапии, позволяет избежать колебаний концентрации лекарственных веществ в крови и снижает количество побочных эффектов. В этой связи особо интересным является синтез интерполиэлектrolитных комплексов (ИПЭК), которые представляют собой продукты взаимодействия двух противоположно заряженных полиэлектролитов (ПЭ): поликатионов и полианионов, позволяющие создавать пероральные ЛФ с контролируемым высвобождением.

В качестве объектов исследования были выбраны полиэлектролиты Eudragit RL, FS/S100/L155, между которыми возможно образование интерполимерных комплексов, стабилизированных ионными связями.

Целью данной работы является физико-химическое и фармацевтическое исследование полиметакрилатных комплексов, образованных Eudragit RL и Eudragit FS / S100 / L100-55. В ходе исследования были синтезированы интерполимерные комплексы, между такими парами сополимеров как Eudragit RL/ FS, RL/S100, RL/L100-55. Условия образования данных комплексов были изучены с помощью таких методов, как визкозиметрия, гравиметрия. Структурные особенности синтезированных поликомплексов установлено методом ИК-спектроскопии. Для того чтобы предопределить применимость полученных поликомплексов в системах с контролируемой доставкой ЛВ, нами были изучены диффузионно-транспортные свойства поликомплексных систем в средах, имитирующих их продвижение по ЖКТ. В качестве модельных ЛВ использовались диклофенак натрия и теофиллина. Проведенные исследования позволяют рассматривать перспективность применения, синтезированных интерполиэлектrolитных комплексов, в качестве носителей лекарственных веществ при создании пероральных лекарственных форм с контролируемым высвобождением.

## **КУЛОНОМЕТРИЧЕСКОЕ ОПРЕДЕЛЕНИЕ СУЛЬФАМЕТОКСАЗОЛА**

**Елизарова А.С.**

**Казанский государственный медицинский университет  
Научный руководитель – д.фарм.н., доц. Абдуллина С. Г.**

Сульфаниламиды были первыми химиотерапевтическими антибактериальными средствами, которые нашли широкое применение в практической медицине. Несмотря на появление других антимикробных средств, препараты данной группы не потеряли своей актуальности и в ряде случаев успешно назначаются при инфекционных заболеваниях, вызванных чувствительными к ним микроорганизмами. Наиболее востребованными являются комбинированные препараты, например, сульфаметоксазол в сочетании с триметопримом, выпускаемые под торговыми наименованиями «Бактрим», «Ко-тримоксазол» и др.

Для количественного определения сульфаметоксазола в субстанции и лекарственных формах нормативная документация рекомендует нитритометрию с электрометрической индикацией конечной точки титрования. Методика отличается длительностью и трудоемкостью.

Изучена возможность применения для количественного определения сульфаметоксазола в субстанции и лекарственных формах гальваностатической кулонометрии с помощью электрогенерированного брома. Титрант получали генерацией брома из 0,05 М раствора бромида калия в сернокислой среде.

Электрогенерацию брома проводили на кулонометре «Эксперт-006» при постоянной силе тока 5,0 мА в условиях, обеспечивающих 100% выход по току. Конечную точку титрования определяли биамперометрически с помощью игольчатых платиновых электродов.

Установлено, что сульфаметоксазол реагирует с электрогенерированным бромом быстро и количественно в соотношении 1:4. На основе полученных данных предложена методика количественного определения сульфаметоксазола в субстанции и лекарственных формах.

Метод отличается экспрессностью и простотой проведения эксперимента, что значительно уменьшает время и стоимость анализа.

## **КУЛОНОМЕТРИЧЕСКОЕ ОПРЕДЕЛЕНИЕ ВОДЫ В СУБСТАНЦИИ СУЛЬФАМЕТОКСАЗОЛА**

**Елизарова А.С.**

**Казанский государственный медицинский университет  
Научный руководитель – д.фарм.н., доц. Абдуллина С. Г.**

Контроль качества фармацевтических субстанций включает несколько этапов, в том числе количественный анализ, проведение которого невозможно без учета содержания воды или потери в массе при высушивании. Нормативная документация рекомендует проводить определение воды в субстанции сульфаметоксазола методом высушивания при температуре 100-105 °С. Однако метод неселективен, так как наряду с водой определяются и летучие вещества, к тому же высушивание субстанции до постоянной массы требует достаточно много времени. Предложено определение содержания воды в субстанции сульфаметоксазола кулонометрическим титрованием по методу Фишера, преимуществами которого являются экспрессность, высокая точность и воспроизводимость.

Измерения проводили на кулонометре «Эксперт-007» (НПП «Эконикс-Эксперт», Россия). В качестве рабочих растворов использовали КФИ-Анод и КФИ-Катод (НПП «Акваметрия», Россия), предназначенные для кулонометрического титрования. Правильность определения воды проверяли по стандартному раствору Hydranal-Check Solution 1,00 с содержанием воды 1,00±0,03 мг H<sub>2</sub>O/г (Германия). В качестве растворителя использовали КФИ-Анод. Статистическую обработку данных проводили по ГФ XI.

Содержание воды в субстанции сульфаметоксазола определяли на трех уровнях концентрации в диапазоне 70-130% от уровня, принятого за 100%, и в 6 навесках на среднем уровне. Параллельно проводили измерения методом высушивания. Установлено, что результаты, полученные двумя методами, сопоставимы. Относительная ошибка среднего кулонометрического определения составляет 3%.

## **ПОЛУЧЕНИЕ И ФИЗИКО-ХИМИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА EUDRAGIT EPO/L100 СОПОЛИМЕР-ЛЕКАРСТВЕННЫХ КОМПЛЕКСОВ**

**Алиуллова Г.Т.**

**Казанский государственный медицинский университет  
Научный руководитель – к.фарм.н., доц. Мустафин Р.И., асс. Ситенков А.Ю.**

Одной из наиболее актуальных задач современной фармацевтической науки является создание пероральных лекарственных форм с контролируемым высвобождением лекарственных веществ в заданном отделе желудочно-кишечного тракта. Широкие возможности при создании лекарственных форм с модифицированным высвобождением лекарственных веществ открывает использование в качестве носителей лекарственных веществ интерполиэлектrolитных комплексов с

уникальными физико-химическими свойствами, обладающих свойствами депо и обеспечивающих поддержание терапевтического уровня концентрации лекарственных веществ в крови в течение заданного интервала времени. В недавно проведенных исследованиях было выявлено взаимодействие полимеров, составляющих интерполиэлектrolитный комплекс, и модельных лекарственных веществ. Малое число публикаций, посвященных исследованию сополимер-лекарственных комплексов, придает актуальность данной работе.

Целью проводимого исследования является получение и физико-химическая оценка Eudragit EPO/L100 сополимер-лекарственных комплексов.

В ходе исследования нами было изучено взаимодействие между двумя противоположно заряженными полимерами Eudragit® EPO и L100 с помощью методов вискозиметрии, гравиметрии, турбидиметрии. Структурные особенности интерполиэлектrolитных комплексов были установлены методами ИК-спектроскопии и ДСК-МТ. Диффузионно-транспортные свойства полученных комплексов были исследованы в условиях, имитирующих продвижение по желудочно-кишечному тракту. В дальнейшем нами была изучена возможность образования сополимер-лекарственных комплексов между полимерами Eudragit EPO/L100 и модельными лекарственными веществами с использованием методов УФ-спектрофотометрии, гравиметрии и ВЭЖХ. Проведенные исследования позволяют рассматривать перспективность применения, синтезированных полимер-лекарственных комплексов в технологии создания пероральных лекарственных форм с контролируемым высвобождением.

#### **СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ДИФфуЗИОННО-ТРАНСПОРТНЫХ СВОЙСТВ ИПЭК НА ОСНОВЕ ПОЛИКАТИОНА EUDRAGIT® EPO И ПРОТИВОПОЛОЖНО ЗАРЯЖЕННЫХ ПОЛИМЕРОВ**

**Николаева Э. В.**

**Казанский государственный медицинский университет**

**Научный руководитель – к.фарм.н., доц. Мустафин Р.И., асс. Буховец А. В.**

Актуальность: К настоящему времени значительный интерес для фармацевтической технологии представляет проблема создания пероральных лекарственных форм (ЛФ) с контролируемым высвобождением лекарственных веществ (ЛВ). Решением проблемы является поиск полимерных носителей, обладающих свойствами депо и обеспечивающих поддержание терапевтического уровня концентрации лекарственного вещества (ЛВ) в крови в течение заданного интервала времени. В связи с этим, использование интерполиэлектrolитных комплексов (ИПЭК) с уникальными физико-химическими свойствами, открывает широкие возможности для создания ЛФ с контролируемым высвобождением.

Цель работы: провести сравнительную оценку физико-химических и диффузионно-транспортных свойств ИПЭК на основе поликатиона Eudragit® EPO и противоположно заряженных полимеров.

Объекты исследования: ИПЭК на основе поликатиона Eudragit® EPO и противоположно заряженных полимеров (Eudragit® L100, Eudragit® L100-55, Carbopol® 971, Carbopol® 2020 и альгинат натрия), модельные лекарственные вещества – диклофенак натрия, теофиллин, ацикловир.

Методы исследования: Оценка структурных особенностей поликомплексных носителей проводилась методом ИК-спектроскопии на приборе Nicolet iS5 «Thermo Fisher Scientific Inc.» (США).

Для оценки перспективности использования ИПЭК в качестве носителей в системах с контролируемой доставкой изучали высвобождение модельных ЛВ, относящихся к различным классам биофармацевтической классификационной системы (БКС) - теофиллин (I класс БКС), диклофенак натрия (II класс БКС) и ацикловир (III класс БКС). Оценку проводили на приборе DT626 «Erweka» (Германия) по методу 1 («вращающаяся корзинка») согласно Фармакопеи США в среде, имитирующей желудочно-кишечный тракт, концентрацию ЛВ измеряли УФ-спектрофотометрически на приборе Lambda 25 «Perkin Elmer» (США).

Результаты: В результате проведенных исследований изучен механизм высвобождения ЛВ, обладающих различными физико-химическими свойствами, из ИПЭК на основе Eudragit® EPO и противоположно заряженных полимеров и показана перспективность их применения в качестве носителей для контролируемой доставки ЛВ.

#### **К ИССЛЕДОВАНИЮ ДИНАМИКИ ОТРАВЛЕНИЙ ХИМИЧЕСКОЙ ЭТИОЛОГИИ НАСЕЛЕНИЯ РЯЗАНСКОЙ ОБЛАСТИ**

**Филиппова А. С.**

**Рязанский государственный медицинский университет**

**Научный руководитель – к.фарм.н., доц. Громова З.Ф., к.м.н., доц. Шatroва Н.В.**

Цель: Изучение токсикологической ситуации в Рязанской области с целью оценки динамики отравлений химической этиологии в целом и по отдельным группам токсикантов за период с 2011 по 2013 годы.

Методы исследования: обработка отчетных материалов судебно-химического отделения Бюро судебно-медицинской экспертизы Рязанской области и представление ее в виде графиков, таблиц, диаграмм.

Полученные результаты: проведенные исследования показали, что в 2012 году отмечается незначительное снижение количества отравлений (2745 случаев) по сравнению с 2011 годом (3049 случаев). В 2013 году (2930) отмечен рост числа отравлений на 6,31% по отношению к 2012 году, но в сравнении с 2011 г. этот показатель снижен на 3,9%. Первое ранговое место по отравлениям занимает этанол (2013 г. - 1913 случаев или 63%, 2012 г. - 1687 или 61%, 2011 - 1526 или 52% от общего числа отравлений). Второе место принадлежит органическим растворителям и техническим жидкостям (в 2011, 2012, 2013 гг. соответственно 943, 903, 1231 случаев отравлений), на третьем месте - угарный газ. Отравления наркотиками в 2011, 2012, 2013 гг. составляют 20, 24, 18 случаев соответственно, что составляет >1%. Чаще это опиаты такие как морфин, кодеин, метадон, реже производные амфетамина - фенамин, каннабидиол в данный период выявлены не были. Из производных барбитуровой кислоты найдены тиопентал натрия, циклобарбитал, фенобарбитал.

Вывод: таким образом, проведенные исследования позволили выявить некоторые закономерности в динамике отравлений химической этиологии населения Рязанской области, а так же определить проблемы, решение которых позволит изменить токсикологическую ситуацию в лучшую сторону, а именно проблемы, связанные с алкоголизмом, токсикоманией, наркоманией.

#### **РАЗРАБОТКА СИРОПА С АНТИГИСТАМИННЫМ ПРЕПАРАТОМ ПОСЛЕДНЕГО ПОКОЛЕНИЯ**

**Гордеева О.Ю.**

**Казанский государственный медицинский университет**

**Научный руководитель – д.фарм.н., доц. Камаева С.С., асс. Лефтерева М.И.**

Лечение различных проявлений аллергии является серьезной проблемой для современной медицины. Аллергия в настоящее время рассматривается как сложное системное иммунное расстройство, которое включает много уровней клеточной

и гуморальной регуляции. Лоратадин является самым сильным блокоматором H1-гистаминовых рецепторов среди всех известных антигистаминных препаратов, оказывает селективный блокирующий эффект, при этом седативного воздействия не отмечается, так как через гематоэнцефалический барьер лоратадин не проникает, оказывает стабильный высокий терапевтический эффект и имеет высокий уровень безопасности. Необходимость создания сиропа на основе антигистаминного препарата последнего поколения обусловлена отсутствием на фармацевтическом рынке его препаратов отечественного производства. Импортные препараты, содержащие данную субстанцию, являются очень дорогостоящими.

При подборе вспомогательных веществ были рассмотрены доступные вспомогательные вещества сорбит, фруктоза, гидроксипропилцеллюлоза, пропиленгликоль, натрий – карбоксиметилцеллюлоза, вода. Оптимальным составом, который соответствует по вязкости оригинальному препарату «Эриус» (Бельгия), является комбинация: сорбит – 20,0, фруктоза – 20,0 (либо сорбит – 40,0), гидроксипропилцеллюлоза – 0,5, пропиленгликоль – 1 мл, активное вещество – 0,05, воды до 100,0.

Таким образом, разработка сиропа антигистаминного действия отечественного производства позволила бы получить лекарственную форму значительно дешевле по цене и не уступающую по фармакологическому действию импортному аналогу.

## **ПРИМЕНЕНИЕ МИКРОВОЛНОВОГО РЕЗОНАТОРНОГО МЕТОДА ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ВЛАЖНОСТИ В ЛИСТЬЯХ ТОЛОКНЯНКИ И БРУСНИКИ**

**Канзафарова А.Н.**

**Казанский государственный медицинский университет**

**Научный руководитель – д.фарм.н., доц. Абдуллина С.Г., к.б.н., доц. Хазиев Р.Ш.**

Лекарственное растительное сырье (ЛРС) принадлежит к продуктам, требующим особого внимания при хранении. Известно, что отсутствие контроля и регулирования влажности лекарственного растительного сырья приводит к прямым материальным потерям, снижение которых возможно при наличии экспрессных приборов контроля влажности. В настоящее время для контроля влажности в лекарственном растительном сырье Государственной Фармакопеей XI издания рекомендован метод высушивания. Широкое и повсеместное использование этого метода объясняется тем, что он прост в использовании и не требует специальных методов градуировки. К недостаткам метода можно отнести его трудоемкость и длительность. Между тем существует много разработок экспрессных влагомеров. Наибольшей чувствительностью среди них обладают приборы, основанные на резонаторном методе. Содержание воды в таких приборах определяется посредством измерения резонансной частоты и добротности СВЧ-сенсора.

Цель нашего исследования – определить возможность применения микроволнового резонаторного метода для определения влажности в листьях толокнянки и брусники.

Объектами исследования являлись измельченные листья толокнянки и брусники разных производителей. Измерения проводили на микроволновом приборе MW 3150 компании TEWS Elektronik (Германия). Полученные данные сравнивали с данными метода высушивания.

Установлено, что по содержанию влажности исследованные листья толокнянки 101013 г. Красногоorsk и 020912 г. Анапа (Краснодарский край) и брусники 131013 г. Красногоorsk и 181113 г. Красногоorsk отвечают требованиям нормативной документации.

Преимуществами предложенного метода являются его селективность по отношению к воде, высокая скорость измерения (менее 1 сек) и отсутствие изменения характеристик исследуемого материала, так как не происходит нагревание пробы. Таким образом, метод может использоваться для экспрессного контроля влажности листьев толокнянки и брусники.

## **ВЛИЯНИЕ ВЫХОДА РЕКОМЕНДАЦИЙ НА ПРАКТИКУ ЛЕЧЕНИЯ ИНФАРКТА МОЗГА**

**Приходько В.В., Ващенко А.А.**

**Саратовский государственный медицинский университет**

**Научный руководитель – к.м.н., асс. Михеева Н.В.**

Цель исследования: изучение фармакоэпидемиологии лекарственных средств (ЛС), применяемых для лечения инфаркта мозга в первые сутки госпитализации и при выписке в 2004-2006 и 2009-2011 гг., оценка их соответствия современным рекомендациям.

Материалы и методы исследования: проведено фармакоэпидемиологическое исследование, основанное на анализе 250 историй болезней за 2004-2006 гг. и 100 – за 2009-2011 гг., в одном из стационаров г. Саратова.

Результаты исследования. В ходе исследования демографические характеристики пациентов достоверно не отличались. Средний возраст превышал 62 года. Среди факторов риска (ФР) наиболее часто встречались: АГ, ИБС, фибрилляция предсердий, инсульт. Согласно рекомендациям АНА/ASA 2006 г., ESO 2008 г. у всех пациентов необходим контроль ФР. Рекомендуются снижение АД и прием антитромботической терапии, а также статинов. После инфаркта мозга, связанного с ФП, рекомендована терапия оральными антикоагулянтами (ОАК) (I, A). По сравнению с 2004-2006 гг. в 2009-2011 гг. возросло ( $p < 0,0001$ ) с 39,6% до 64,3% число больных, госпитализированных в первые сутки. На 20,8% увеличилось число пациентов, госпитализированных в стационар в пределах до 4,5 ч., что составило 60,2%. Частота нейровизуализации в 2009-2011 гг. была равна 93%, что превышало ( $p < 0,0001$ ) показатель 2004-2006 гг. – 46,4%. В 2009-2011 гг. увеличилась ( $p < 0,0001$ ) частота назначений в первые сутки антиагрегантов с 2% до 58% случаев и антигипертензивных ЛС с 53% до 79%. Частота назначений ОАК на фоне ФП достоверно не изменилась (7%). По сравнению с 2004-2006 гг. в 2009-2011 гг. на 31% чаще ( $p < 0,0001$ ) стали назначаться препараты с недоказанной эффективностью: антиоксиданты, метаболиты, ноотропы, вазоактивные, что достигло 89%. При выписке в 2009-2011 гг. антигипертензивные, антитромботические и статины рекомендовались в 79%, 81% и 23% случаев соответственно по сравнению с 49,2%, 39,6%, и 1% в 2004-2006 гг. ( $p < 0,0001$ ). Частота рекомендуемых при выписке ноотропов достоверно не отличалась и составила 85%.

Выводы: появление рекомендаций по лечению инфаркта мозга позволило увеличить количество назначений лекарственных средств с доказанной эффективностью. Однако количество назначаемых препаратов с недоказанной эффективностью остается высоким и достигает 85%.

## **РАЗРАБОТКА СОСТАВА И ТЕХНОЛОГИИ ЛЕЧЕБНО-КОСМЕТИЧЕСКОГО СРЕДСТВА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ УГРЕВОЙ СЫПИ**

**Югаметова А.М.**

**Казанский государственный медицинский университет**

**Научный руководитель – к.фарм.н., доц. Меркурьева Г.Ю.**

Угревая болезнь является одним из наиболее распространенных кожных заболеваний. По некоторым данным, она встречается примерно у 80% лиц в возрасте от 11 до 30 лет. Актуальность проблемы диктует необходимость поиска новых

препаратов для лечения угревой болезни. Основное количество комбинированных препаратов на российском фармацевтическом рынке являются разработками иностранных производителей, что соответственно сказывается на их ценовой политике. Ассортимент отечественных препаратов для лечения акне невелик, но практически все они обладают раздражающим и обезвоживающим эффектом, поэтому необходима разработка универсального лекарственно-косметического средства, обладающего минимальными побочными эффектами и относительной дешевизной.

Цель данной работы заключалась в разработке состава и технологии лечебно-косметического средства для лечения угревой сыпи.

Методами исследования являлись качественное и количественное определение действующих веществ, такие как цветные реакции на компоненты, ВЭЖХ.

С учетом природы угревой сыпи в состав лечебно-косметического средства ввели комплекс антимикробных и противовоспалительных средств, что позволит не только устранить причину угревой сыпи, но и снять развившееся воспаление. На основе экспериментальных исследований подобрана оптимальная основа, обеспечивающая легкость нанесения и удобство использования данного препарата.

Заключение: Разработка комбинированного средства на основе природных и синтетических веществ разрешит множество проблем, связанных с воспалением сальных желез.

## **СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ АНАЛИЗА ЛИСТЬЕВ ШАЛФЕЯ ЛЕКАРСТВЕННОГО И ИЗУЧЕНИЕ ИХ АНТИБАКТЕРИАЛЬНЫХ СВОЙСТВ**

**Николаева А.Н.**

**Казанский государственный медицинский университет  
Научный руководитель – д.м.н., проф. Мусина Л.Т., Макарова А.С.**

Листья шалфея лекарственного – популярный вид лекарственного растительного сырья, используемый для получения препаратов антимикробного и противовоспалительного действия при заболеваниях полости рта и верхних дыхательных путей. Антибактериальный эффект шалфея связывают с содержанием соединений дитерпеновой природы – карнозоловой кислоты и ее производных. Предложенная отечественными учеными спектрофотометрическая методика определения суммы дитерпеновых кислот в листьях шалфея, основанная на экстракции этих соединений из сырья ацетоном, предполагает довольно сложную процедуру их очистки от сопутствующих веществ, мешающих определению. Поскольку дитерпены шалфея являются липофильными соединениями и хорошо растворяются в неполярных растворителях типа гексана, возможно их количественное извлечение из сырья путем целевой экстракции подобными растворителями с минимальным количеством балластных веществ.

Для избирательной экстракции дитерпеновых кислот мы использовали петролейный эфир. УФ-спектр полученного извлечения имел максимум при  $285 \pm 3$  нм и практически полностью повторял спектр карнозоловой кислоты, что подтвердило наше предположение об избирательной экстракции дитерпеновых кислот шалфея данным растворителем. В дальнейшем было определено, что исчерпывающая экстракция дитерпеновых кислот происходит при 30 минутном кипячении сырья с петролейным эфиром. Количественное определение суммы дитерпеновых кислот в полученном извлечении производили фотометрированием аликвоты раствора при 285 нм. Ошибка определения составила 3,9%.

Полученный петролейный экстракт был подвергнут испытаниям на антибактериальную активность с тест-микробом *Staphylococcus aureus* ATCC 6538-P. Антибактериальная активность петролейного экстракта была в 4 раза ниже, чем у спиртового экстракта листьев шалфея, что свидетельствовало о наличии в сырье других соединений гидрофильного характера (предположительно гидроксикоричных кислот), также обладающих антибактериальной активностью. Вероятно, необходима дополнительная стандартизация сырья также по содержанию гидроксикоричных кислот.

## **ИЗУЧЕНИЕ АССОРТИМЕНТА ДЕТСКИХ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ФОРМ АПТЕЧНОГО ИЗГОТОВЛЕНИЯ**

**Хаятов А.Р.**

**Казанский государственный медицинский университет  
Научный руководитель – д.фарм.н., проф. Егорова С.Н.**

Цель исследования: выявление часто повторяющихся прописей детских лекарственных форм (ЛФ) аптечного изготовления и оценка возможности их промышленного производства. Объектами исследования явились требования-накладные отделений Детской республиканской клинической больницы Минздрава Республики Татарстан (ДРКБ) в производственную аптеку №361 ГУП «Медицинская техника и фармация Татарстана». Всего для ДРКБ изготавливается 50 составов ЛФ с использованием 35 субстанций. 3 наименования от номенклатурных позиций составляют инъекционные ЛФ, 46 – жидкие, 26 – твердые, 11 – мягкие. Проведен АВС-анализ рецептуры ЛФ аптечного изготовления. Группу А (77,9% финансовых затрат на ЛФ аптечного изготовления) составляют стерильные растворы: фурацилина 0.02%, натрия хлорида: 1%, 2%, 5%, 10%, стерильная вода очищенная и растворы перекиси водорода 2%, 3%, 6% (без стабилизатора). Выявлены и предложены для промышленного производства часто повторяющиеся составы стерильных ЛФ для детей: вода очищенная 50 мл, 100 мл, растворы натрия хлорида 2%, 5%, 10% (для наружного применения и для инъекций), вазелиновое масло, глицерин, растворы 5% магния сульфата и 2% кальция хлорида для электрофореза. Растворы для лекарственного электрофореза: кислоты аскорбиновой 1% и 5%, папаверина гидрохлорида 0,5%, калия йодида 2%, кислоты никотиновой 1%, кофеина бензоата натрия 0,5%, новокаина 2% и 1%, натрия бромид 2% - могут быть переведены в промышленное производство в форме порошков во флаконах в комплекте с флаконами воды очищенной. Физико-химические свойства ингредиентов обуславливают изготовление только в условиях аптек мазей для ЛОР-практики с протарголом, растворов калия перманганата и растворов перекиси водорода для детей, не содержащих в отличие от готовой ЛФ стабилизатор натрия бензоат. Обоснована необходимость производства детских лекарственных форм (таблетки с риской, сиропы) дигоксина, L-тироксина, амиодарона, каптоприла, карбамазепина.

## **РАЗРАБОТКА ЭКСПРЕСС-МЕТОДА КОЛИЧЕСТВЕННОГО ОПРЕДЕЛЕНИЯ СУММЫ ФЛАВОНОИДОВ В ЦВЕТКАХ НОГОТКОВ**

**Зиганшина Л.А.**

**Казанский государственный медицинский университет  
Научный руководитель – к.б.н., доц. Хазиев Р.Ш.**

Одним из наиболее популярных растительных средств противовоспалительного и ранозаживляющего действия являются цветки ноготков или календулы (*Calendula officinalis* L., сем. Asteraceae). Цветки календулы в медицинской практике



используются в форме настойки, жидкого экстракта, являющего составной частью комплексного препарата «Ротокан» и для приготовления настоев.

Стандартизация цветков ноготков производится по содержанию флавоноидов, определяемых спектрофотометрически, по реакции флавоноидов с хлористым алюминием. Метод прост и удобен, однако для полного извлечения флавоноидов предусматривается длительная двухчасовая экстракция сырья кипящим 70% этанолом. Одним из способов сокращения времени экстракции флавоноидов может стать дробное извлечение с более короткими временными отрезками. Отказ от длительного исчерпывающего извлечения флавоноидов путем введения поправочных коэффициентов на неполноту экстракции – еще один из вариантов оптимизации. Примененная нами дробная трехкратная (по 30 минут) экстракция цветков календулы показала, что используемая официальная методика не обеспечивает полного извлечения флавоноидов – при трехкратной дробной экстракции извлекалось  $1,73 \pm 0,03$  (в процентах от массы сырья) флавоноидов против  $1,58 \pm 0,1$  процентов при однократной двухчасовой экстракции. В ходе дальнейших экспериментов было установлено, что однократная 10 минутная экстракция цветков календулы 70% этанолом в соотношении сырье–экстрагент 1:100 (вместо используемого в фармакопейной методике соотношения 1:62,5) позволяет извлекать  $1,68 \pm 0,04$  (в процентах от массы сырья) флавоноидов, что составляет 97,1% от их содержания в сырье (определенного методом трехкратной дробной экстракции) и фактически превышает их содержание, определенное по методике фармакопейной статьи. Введение в расчетную формулу поправочного коэффициента на неполноту извлечения флавоноидов при 10 минутной экстракции флавоноидов равного 1,03 позволяет предложить экспресс-метод определения флавоноидов в цветках ноготков, в котором время экстракции сокращено до 10 минут, а общее время анализа занимает около 1 часа.

### **МНОГОФАКТОРНОЕ МАТЕМАТИЧЕСКОЕ МОДЕЛИРОВАНИЕ ПОТРЕБНОСТИ В АНТИРЕТРОВИРУСНЫХ ПРЕПАРАТАХ ДЛЯ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ БОЛЬНЫХ ВИРУСНЫМ ГЕПАТИТОМ С В РЕСПУБЛИКЕ ТАТАРСТАН**

**Павлов Д.В.**

**Казанский государственный медицинский университет**

**Научный руководитель – д.фарм.н., проф. Шакирова Д.Х., д.м.н., проф. Хаертынова И.М.**

Цель исследования: Составление прогноза потребности в антиретровирусных препаратах для оказания лекарственной помощи ВИЧ инфицированным больным вирусным гепатитом С в «Центре-СПИД» Республики Татарстан. Методы: В процессе исследования были использованы методы корреляционно-регрессионного, документального, ретроспективного анализа, контент - анализ и метод экспертных оценок. Результаты: На основе рассчитанных коэффициентов корреляции были получены математические модели для определения потребности в антиретровирусных препаратах для ВИЧ-инфицированных больных вирусным гепатитом С в Республике Татарстан. Заключение: В результате исследования было установлено, что использование многофакторного математического моделирования для прогнозирования потребности в антиретровирусных препаратах позволит более рационально использовать бюджетные средства, а также прогнозировать потребность в антиретровирусных препаратах, что в дальнейшем будет способствовать повышению качества оказываемой лекарственной помощи ВИЧ инфицированным больным вирусным гепатитом С на региональном уровне.

### **ИССЛЕДОВАНИЯ ПО РАЗРАБОТКЕ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОГО ПРЕПАРАТА ИЗ ЛИСТЬЕВ ЭВКАЛИПТА ПРУТОВИДНОГО**

**Ястребова К.Г.**

**Казанский государственный медицинский университет**

**Научный руководитель – д.м.н., проф. Мусина Л. Т., Макарова А.С.**

Листья эвкалипта прутовидного успешно применяются в медицине в качестве антимикробного и противовоспалительного средства. Отечественными учёными были разработаны и внедрены в практику такие препараты эвкалипта как «Хлорофиллипт» и его дженериковый аналог «Галенофиллипт», а также препарат «Эвкалимин», представляющий собой сумму терпеноидных фенолальдегидов – основных носителей антимикробной активности. Терпеноидные фенолальдегиды эвкалипта являются соединениями липофильной природы и хорошо растворяются в неполярных растворителях типа петролейного эфира и гексана. В связи с этим возможна технология получения антибактериального препарата из эвкалипта, основанная на целевой экстракции этих соединений указанными растворителями с минимальным количеством балластных веществ.

Для избирательной экстракции терпеноидных фенолальдегидов мы использовали петролейный эфир. Был отработан режим экстракции, который позволил извлечь из сырья  $94,25 \pm 2,94\%$  содержащихся в нем фенолальдегидов. После удаления петролейного эфира остаток был растворен в этиловом спирте и полученный раствор был подвергнут испытаниям на антибактериальную активность с тест-микробом *Staphylococcus aureus* ATCC 6538-P в сравнении с «Хлорофиллиптом». Активность полученного препарата была выше активности «Хлорофиллипта» в 2,5 раза. Таким образом, был получен более эффективный препарат по значительно более простой технологии в сравнении с существующей. Использование для экстракции петролейного эфира, который избирательно извлекает из сырья только одну группу действующих веществ, допускает возможность комплексного использования сырья, например, для последующего получения из шрота настойки или эфирного масла.

### **РАЗРАБОТКА ЭКСПРЕСС-МЕТОДА КОЛИЧЕСТВЕННОГО ОПРЕДЕЛЕНИЯ СУММЫ ФЛАВОНОИДОВ В ТРАВЕ ГОРЦА ПТИЧЬЕГО**

**Иванова С.А.**

**Казанский государственный медицинский университет**

**Научный руководитель – к.б.н., доц. Хазиев Р.Ш.**

Трава горца птичьего (*Polygonum aviculare* L., сем. *Polygonaceae*) применяется в отечественной медицине в качестве мочегонного и противовоспалительного средства при лечении заболеваний почек и мочекаменной болезни для разрыхления мочевых конкрементов и облегчения их выведения. Фармакопейная методика определения действующих веществ – суммы флавоноидов в траве горца птичьего предусматривает трехкратную экстракцию сырья 70% этанолом продолжительностью по 30 минут, с последующим спектрофотометрированием продуктов реакции с раствором хлорида алюминия. Метод является простым и надежным, однако процедура исчерпывающей экстракции флавоноидов является достаточно продолжительной, в результате общее время, затрачиваемое на анализ, занимает минимум два с половиной часа.

Одним из вариантов оптимизации процедуры экстракции является отказ от длительного исчерпывающего извлечения флавоноидов путем введения поправочных коэффициентов на неполноту экстракции. В ходе экспериментов по изучению влияния различных факторов на извлечение флавоноидов из травы горца птичьего, было установлено, что замена 70% спирта на 60% позволяет увеличить выход флавоноидов с  $1,56 \pm 0,02$  до  $1,62 \pm 0,03$  (в процентах от массы сырья). Дальнейшие

исследования показали, что однократная 5 минутная экстракция травы горца птичьего 60% этиловым спиртом (в соотношении сырье–экстрагент 1:100), позволяющая извлекать  $1,51 \pm 0,05$  (в процентах от массы сырья) флавоноидов, что составляет 93,7% от их содержания в сырье, определенного при трехкратной экстракции 60% спиртом. Введение в расчетную формулу поправочного коэффициента на неполноту извлечения флавоноидов при 5 минутной экстракции флавоноидов равного 1,07 позволяет предложить экспресс-метод определения флавоноидов в траве горца птичьего, в котором для экстракции используется 60% этиловый спирт вместо 70%, время экстракции сокращено до 5 минут, а общее время анализа занимает около 1 часа.

#### **ОПРЕДЕЛЕНИЕ ТЕМПЕРАТУРЫ СУШКИ ГРАНУЛЯТА КАК КРИТИЧЕСКОГО ПАРАМЕТРА ПРОИЗВОДСТВА**

**Кашапова К.И.**

**Казанский государственный медицинский университет**

**Научный руководитель – д.фарм.н., доц. Камаева С.С., к.х.н. Анисимов А.Н.**

Руководство по фармацевтической разработке ICH Q8 предписывает необходимость определения параметров производственных процессов, которые являются критическими для качества препарата. Критическими являются параметры, для которых выход за установленные пределы приводит к нарушениям в технологическом процессе или получению продукции ненадлежащего качества. Если на этапе разработки не получены всесторонние экспериментальные данные с учетом потенциальных рисков для качества и не проведена их оценка, то отсутствуют научные основы для обеспечения качества, и при серийном производстве будут возникать проблемы.

Целью работы является рассмотрение температуры высушивания гранулята глицина как критического параметра производства с установлением диапазона допустимых температур.

В качестве связующего вещества во всех загрузках использовался прежелатинизированный крахмал. Контроль качества проводился по двум параметрам – органолептической оценке и определению остаточной влажности продукта после пропускания через сито с диаметром отверстий 0,5 мм.

Сушка загрузки 1 при 40°C заняла длительное время - 4 часа, гранулы после протирания через сито с диаметром 0,5 мм обладали влажностью 0,4%.

Загрузка 2 сушилась при 50°C в течение 1 часа, остаточная влажность составила 0,5%.

В загрузке 3 при 60°C гранулы через полчаса субъективно казались высохшими, однако, при протирании через сито и определении остаточной влажности, оказалось, что она выше требуемой - 3,2%.

Сушка загрузки 4, проводимой при достаточно высокой температуре - при 70°C, привела к изменению цвета гранул с белого на бежевый оттенок, что свидетельствует о деструктивных процессах в грануляте.

Загрузка 5 была оставлена на ночь при комнатной температуре. Протирание через сито с диаметром 0,5 мм было затруднено, что было вызвано пересыханием гранулята, остаточная влажность составила 0,2%.

Таким образом, при проведении влажной грануляции исследуемого вещества наиболее рациональным является проведение сушки при температуре 50°C в течение 1 часа.

#### **ИССЛЕДОВАНИЕ ПРОБЛЕМ, СВЯЗАННЫХ С ПРОВЕДЕНИЕМ ПОДГОТОВИТЕЛЬНЫХ МЕРОПРИЯТИЙ К ТОРГАМ ДЛЯ ЗАКУПА ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ**

**Бариев М.Ф.**

**Казанский государственный медицинский университет**

**Научный руководитель – д.фарм.н., доц. Яркая Ф.Ф.**

Одним из основных мероприятий по реализации федеральной программы обеспечения необходимыми лекарственными средствами на региональном уровне, в том числе Республике Татарстан, является закуп лекарственных препаратов, в котором определяющую роль играют подготовительные мероприятия.

С целью оптимизации подготовительного этапа к торгам на закупку лекарственных препаратов были разработаны оригинальные анкеты для социологического опроса специалистов Приволжского федерального округа, участвующих в подготовительных мероприятиях к проведению торгов для закупки лекарственных препаратов за счет бюджетных средств.

В анкете были предложены вопросы об источниках информации при подготовке к государственным закупкам лекарственных препаратов, времени для сбора и анализа информации для одного лекарственного препарата, о зависимости эффективности проведения торгов от результатов анализа цен на лекарственные препараты, о целесообразности разработки организационно-методического обеспечения для использования в подготовительных мероприятиях к торгам, об имеющихся информационно-компьютерных продуктах, используемых в подготовительных мероприятиях к торгам, и их необходимых характеристиках, о необходимости в методических рекомендациях для оптимизации закупок лекарственных препаратов.

На основе результатов социологического опроса будут определены основные проблемы проведения подготовительных мероприятий к торгам для закупки лекарственных препаратов за счет бюджетных средств, требующих оптимизации.

#### **СОВРЕМЕННЫЙ АССОРТИМЕНТ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ АПТЕЧНОГО ИЗГОТОВЛЕНИЯ В АПТЕКЕ №361 Г. КАЗАНИ**

**Пильщиков В.Ю.**

**Казанский государственный медицинский университет**

**Научный руководитель – к.фарм.н., ст. преп. Ахметова Т.А.**

Цель: изучить современный ассортимент лекарственных средств аптечного изготовления. Объектами исследования явились паспорта письменного контроля, аналитические журналы, требования-накладные медицинских организаций в производственной аптеке №361 г. Казани.

Результаты: В 2013 году аптекой №361 было изготовлено 10140 упаковок лекарственных средств, из них для медицинских организаций - 6794 (67%), для населения по индивидуальным рецептам - 750 (7,4%). 25,6 % лекарственных средств аптечного изготовления включают в себя внутриаптечную заготовку и розничную реализацию. Детских лекарственных форм приготовлено 3060 упаковок (30,2%). Ассортимент лекарственных форм аптечного изготовления включает растворы для наружного применения: эуфиллина 0,5%, 1%, 2%, 3%, папаверина гидрохлорида 0,5%, 1%, 2%; хлоргексидина спиртовой 0,5%, перманганата калия 5%, кислоты уксусной 1%, натрия хлорида 10%, фурацилина 0,02%, протаргола 2% (капли в нос). По требованиям медицинских организаций изготавливаются инъекционные растворы: «кардио 1» (калия хлорида 1,12, натрия хлорида 1,0, глюкозы 1,419, маннита 4,73, воды для инъекций до 200,0) и «кардио 2» (натрия гидрокарбонат 3,73%), растворы новокаина 1%, 2%, калия хлорида 4%. Для внутреннего применения изготавливаются жидкие ЛФ - растворы глюкозы 5%,

магния сульфата 33%, микстуры (натрия хлорида 1,0, магния сульфата 1,25, настойки валерианы и пустырника по 0,5мл, раствора глюкозы 10%-50,0); порошки: витаминные, «антигриппин», порошки дибазола различных дозировок с глюкозой для детей; мази: цинковая паста, мази для носа с протарголом, суспензии для обработки слизистой оболочки полости рта состава: анестезина 2,5, метронидазола 2,5, стрептоцида 2,5, метилурацила 0,25, рибофлавина 0,25, масла вазелинового 100,0.

Заключение: в ассортименте лекарственных средств аптечного изготовления (на примере аптеки №361 г. Казани) представлены следующие лекарственные формы: растворы для наружного применения, инъекционные растворы, растворы для внутреннего применения, микстуры, порошки, мази, суспензии. Большая часть лекарственных средств (67%) изготавливается по требованиям медицинских организаций.

## **АНАЛИЗ ОТЕЧЕСТВЕННОГО ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОГО РЫНКА ГРУППЫ ИНГИБИТОРОВ ПРОТОННОЙ ПМПЫ**

**Михайлова И.В., Дмитриева Е.В.**  
**Казанский государственный медицинский университет**  
**Научный руководитель – д.фарм.н., проф. Егорова С.Н**

Цель работы: проанализировать отечественный рынок противоязвенных лекарственных средств группы ингибиторов протонной помпы (ИПП).

Объекты и методы исследования: проведено изучение источников информации о зарегистрированных лекарственных препаратах ИПП в России и в странах СНГ: научные печатные издания, в электронном виде - «Государственный реестр лекарственных средств».

В денежном соотношении на российском рынке преобладают оригинальные ингибиторы протонной помпы - 68% против 32% генериков. В натуральном выражении преобладают генерики ИПП, в данном случае их доля составляет 66% против 34%.

Лидер на рынке ИПП – Омез (омепразол) (Dr.Reddy's, Индия) – около 1/3 рынка как в денежном выражении, так и в упаковках, на втором месте – Париет (рабепразол) (Janssen, Япония), на третьем месте Нексимум (эзомепразол) (Astrazeneca, Швеция).

Большая часть зарегистрированных торговых наименований ИПП приходится на долю зарубежных производителей – 70%, доля российских компаний менее 30% рынка. Основные позиции занимают генериковые западноевропейские компании - порядка 40% рынка, доля индийских и китайских производителей - 30% рынка. Российские компании находятся на третьем месте, контролируя 28,5% рынка, странам СНГ принадлежит 1,5%.

При изучении ассортимента ИПП по виду лекарственных форм установлено, что на российском фармацевтическом рынке преобладают капсулы: 70% от зарегистрированных ИПП, на долю таблеток приходится 15%, еще 10 % на лиофилизат - порошок для приготовления раствора для внутривенного введения, 5% составляют гранулы для приготовления суспензии для приема внутрь.

Выводы: Анализ отечественного рынка ингибиторов протонной помпы показал, что большая часть зарегистрированных препаратов приходится на долю зарубежных производителей – 70%, доля российских компаний менее 30% рынка. Обоснована необходимость внедрения в производство на отечественных предприятиях лекарственных препаратов ИПП.

## **ИЗУЧЕНИЕ АССОРТИМЕНТА ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ, ПРИМЕНЯЕМЫХ ПРИ ИНФУЗИОННО-ДЕТОКСИКАЦИОННОЙ ТЕРАПИИ В НАРКОЛОГИИ**

**Сидуллин А. Ю.**  
**Казанский государственный медицинский университет**  
**Научный руководитель – д.фарм.н., проф. Егорова С.Н.**

Цель - провести структурный анализ ассортимента лекарственных средств (ЛС), применяемых при инфузионно-детоксикационной терапии в наркологии на региональном уровне на основе ранжирования их по потребительским свойствам. Изучены маркетинговые характеристики ассортимента ЛС для инфузионно-детоксикационной терапии в наркологии. Объектами исследования являлись прайс-листы оптовых региональных дистрибьюторов ЛС в Республике Татарстан: Медиф, Казань-фарм, СИА-Интернейшнл, Протек, Катрен, Балтимор, Аптека-холдинг и др. Установлено, что ассортимент ЛС, применяемых при инфузионно-детоксикационной терапии в наркологии, представлен 453 торговыми наименованиями по 55 международным непатентованным наименованиям из 25 фармакотерапевтических групп, при этом значительная часть ассортимента приходится на отечественных производителей (71,2%). По видам лекарственных форм (ЛФ) в ассортименте преобладают растворы (78,9%), вводимые в виде инфузий (45,4%). Были рассчитаны показатели ассортимента аптеки Республиканского наркологического диспансера МЗ РТ: широта, полнота и глубина ассортимента. Установлено, что коэффициент широты ассортимента близок к 1,0, что свидетельствует о широком ассортименте ЛС. Коэффициент полноты (0,83) показывает достаточное количество наименований ЛФ одного ЛС или одной фармакологической группы, имеющихся в наличии в аптечной организации. Низкое значение коэффициента глубины (0,083) свидетельствует о небольшой разновидности ЛС для детоксикационной терапии. Среди групп ЛС, используемых при инфузионно-детоксикационной терапии, наибольшим индексом обновления обладают бронходилататоры (0,66) и дезинтоксикационные ЛС (0,37). Наименьший индекс обновления у спазмолитиков и средств углеводного питания – по 0,06.

## **ФИЗИКО-ХИМИЧЕСКОЕ И ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ СОПОЛИМЕР-ЛЕКАРСТВЕННЫХ КОМПЛЕКСОВ НА ОСНОВЕ EUDRAGIT EPO/S100**

**Ситенков А.Ю.**  
**Казанский государственный медицинский университет**  
**Научный руководитель – к.фарм.н, доц. Мустафин Р.И., д.м.н., проф. Семина И.И.**

Применение препаратов пролонгированного действия позволяет получить длительный терапевтический эффект при снижении кратности приема, избежать колебаний концентрации лекарственных веществ в крови, снизить их токсичность и вероятность возникновения побочных эффектов.

Широкие возможности при создании ЛФ с модифицированным высвобождением лекарственных веществ открывает использование в качестве носителей ЛВ интерполиэлектролитных комплексов (ИПЭК), обеспечивающих поддержание терапевтического уровня концентрации ЛВ в крови. В недавно проведенных исследованиях было выявлено взаимодействие полимеров, составляющих ИПЭК, и модельных ЛВ. Малое число публикаций, посвященных исследованию сополимер-лекарственных комплексов, придает актуальность данной работе.

В качестве объектов исследования нами были выбраны линейные сополимеры марок Eudragit EPO (EPO) и Eudragit S100 (S100), а также модельное лекарственное вещество — индометацин.

Целью работы стало физико-химическое и фармацевтическое исследование Eudragit EPO/S100 сополимер-лекарственных комплексов.

В ходе исследования нами было изучено взаимодействие между двумя противоположно заряженными полимерами Eudragit® EPO и S100 с помощью методов гравиметрии, вискозиметрии, турбидиметрии. Структурные особенности ИПЭК были установлены методами ИК-спектроскопии и ДСК-МТ. Диффузионно-транспортные свойства полученных комплексов были исследованы в условиях, имитирующих продвижение по желудочно-кишечному тракту. В дальнейшем нами были получены сополимер-лекарственные комплексы между поликомплексом Eudragit EPO/S100 и индометацином. Условия образования сополимер-лекарственного комплекса исследованы с помощью методов гравиметрии, вискозиметрии и УФ-спектрофотометрии. Проведенные исследования позволяют рассматривать перспективность применения, синтезированных полимер-лекарственных комплексов в технологии создания пероральных лекарственных форм с контролируемым высвобождением.

#### **АНАЛИЗ АССОРТИМЕНТА НЕСТЕРОИДНЫХ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ПРЕПАРАТОВ, ПРОИЗВОДНЫХ ФЕНИЛУКСУСНОЙ, ФЕНИЛПРОПИОНОВОЙ И ИНДОЛИЛУКСУСНОЙ КИСЛОТ**

**Попугаева В.В.**

**Рязанский государственный медицинский университет**

**Научный руководитель – к.фарм.н., доц. Кузнецов Д.А., к.фарм.н., асс. Кулешова Л.Ю.**

Около 90% заболеваний сопровождаются болевым синдромом, из этого числа половина населения испытывает рецидивирующую или хроническую боль, при которой используются нестероидные противовоспалительные препараты.

С целью расширения ассортимента и оптимизации закупочной деятельности аптеки на базе ООО Алфавит-здоровье №3212 города Рязани был проведен анализ ассортимента нестероидных противовоспалительных препаратов, производных фенилуксусной, фенилпропионовой и индолилуксусной кислот.

В настоящий момент ассортимент аптеки представлен 39 наименованиями. Согласно справочной литературе, общее количество видов лекарственных средств этой группы 154, таким образом, для данной аптеки величина коэффициента полноты ассортимента составляет 0,25 ( $K_p = \text{Пфакт} / \text{Пбаз} = 39/154 = 0,25$ ).

В настоящее время аптекой предлагается 75 разновидностей препаратов данной группы в разных дозировках и лекарственных формах, тогда как в Государственном реестре зарегистрировано 168 наименований, следовательно величина коэффициента глубины ассортимента равна 0,45 ( $K_g = \text{Гфакт} / \text{Гбаз} = 75/168 = 0,45$ ).

Проведенный ABC-анализ нестероидных противовоспалительных препаратов показал, что лекарственные средства класса А по объему продаж составляют 15% используемых наименований препаратов, на которые расходуется 70-80% бюджета, к классу В относится 20% наименований исследуемых препаратов, на которые приходится 15-20% расходов бюджета, класс С представлен 65% наименований препаратов, на которые расходуется не более 5% бюджета. Исходя из анализа полученных данных, следует, что в настоящее время лидерами продаж являются следующие лекарственные средства: артрозилен, быстругель, кетонал, миг, нурофен, фастумгель, индометацин, диклофенак.

Таким образом, оценка полученных величин коэффициентов полноты и глубины ассортимента нестероидных противовоспалительных препаратов в аптеке ООО Алфавит-здоровье №3212 города Рязани позволила рекомендовать расширение ассортимента данной группы лекарственных средств с целью полнейшего удовлетворения спроса населения.

#### **ФАРМАКОЭКОНОМИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ АНТИБАКТЕРИАЛЬНЫХ ПРЕПАРАТОВ ПРИ ГНОЙНО-СЕПТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЯХ У БОЛЬНЫХ С ДЕСТРУКТИВНЫМИ ФОРМАМИ ПАНКРЕАТИТА**

**Кузнецова К.В.**

**Казанский государственный медицинский университет**

**Научный руководитель – д.фарм.н., проф. Шакирова Д.Х.,**

**д.м.н. проф. Красильников Д.М**

Заболеваемость острым панкреатитом неуклонно растет. Как известно, у 40-70% больных деструктивный панкреатит носит осложненный характер, обусловленный инфицированием, развитием гнойно-септических осложнений, летальность при которых достигает 85,7%. В связи с чем, вопросы о рациональном применении антибиотиков приобретают все большую значимость, что обусловлено также высокой хирургической активностью. У пациентов с панкреонекрозом антибактериальная терапия является обязательной частью проводимого лечения в послеоперационном периоде. При этом подбор антибиотикотерапии проводится в зависимости от степени гнойно-септического осложнения, антибиотикорезистентности, курса и дозы антибактериальных препаратов, а также основных потребительских свойств.

Целью наших исследований является оценка использования антибактериальных препаратов, применяемых при гнойно-септических осложнениях у больных с деструктивными формами панкреатита. В ходе исследования используются методы фармакоэкономического анализа «затраты – эффективность», «минимизация затрат», метод структурного анализа ассортимента, контент – анализ историй болезни больных с деструктивными формами панкреатита РКБ №1 МЗ РТ.

На основании полученных в ходе исследования данных нами будет ассчитана стоимость курса лечения одного пациента, получавшего лечение антибактериальными препаратами в ГАУЗ "РКБ МЗ РТ". При анализе клинической эффективности схем АБТ, нами будут выбраны методы фармакоэкономической оценки лечения.

#### **ИССЛЕДОВАНИЯ ПО РАЗРАБОТКЕ И ИЗУЧЕНИЮ ТАБЛЕТОК ТРАНКВИЛИЗИРУЮЩЕГО И НООТРОПНОГО ДЕЙСТВИЯ**

**Плеханова Ю.С.**

**Казанский государственный медицинский университет**

**Научный руководитель – д.фарм.н., доц. Камаева С.С, асс. Кашапова К.И.**

В настоящее время лидирующее положение по широте применения среди лекарственных средств группы анксиолитиков продолжают занимать производные бензодиазепина, которые обладают выраженными побочными эффектами. Применение бензодиазепиновых транквилизаторов может приводить к развитию привыкания, формированию лекарственной зависимости и возникновению синдрома отмены. Это обуславливает интенсивный поиск новых препаратов, обладающих анксиолитическим действием, более безопасных и эффективных, чем существующие лекарственные средства. Имеются

данные, что побочные эффекты транквилизаторов снижаются при одновременном назначении их с препаратами ноотропного действия.

Целью работы является разработка и изучение комбинированных таблеток ноотропного и анксиолитического действия для применения в неврологической практике.

В ходе работы был произведен обзор литературы с целью подбора оптимальных дозировок и обоснования актуальности комбинации данных лекарственных средств. Для субстанций были определены такие технологические свойства как сыпучесть, насыпная плотность, фракционный состав по известным методикам. Таблетирование проводилось на настольной таблеточной машине.

После определения технологических характеристик М-20 и Г-12 был сделан вывод о необходимости использования метода влажной грануляции при изготовлении таблеток.

Были получены таблетки трех составов, в качестве увлажнителя в которых использовались растворы поливинилпирролидона низкомолекулярного, Коллидона 90F и крахмала картофельного. Связующее вещество вводилось в таблеточную массу в количестве 2%.

Было установлено, что наибольшей прочностью (11 кгс) обладают таблетки, изготовленные с использованием в качестве увлажнителя раствора поливинилпирролидона низкомолекулярного.

На основании проведенных исследований можно сделать вывод, что комбинированные таблетки, содержащие М-20 и Г-12, обладают наилучшими механическими и технологическими характеристиками при изготовлении таблеточной массы с использованием раствора поливинилпирролидона низкомолекулярного.

### **ИЗУЧЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ГЛИЦИРРИЗИНОВОЙ КИСЛОТЫ В МОДЕЛИ ОСТРОГО ТОКСИКОЗА, ИНДУЦИРОВАННОГО ЦИКЛОФОСФАМИДОМ**

**Андреева Н.А., Шумалкина Д.А.**  
**Чувашский государственный университет**  
**Научный руководитель – д.м.н., проф. Павлова С.И.**

В настоящее время химиотерапия является одним из основных способов лечения злокачественных опухолей. Циклофосфамид – алкилирующий цитостатик, используемый во многих схемах полихимиотерапии, применение которого в клинической практике ограничено токсичностью. В частности, существуют сведения о повреждающем действии высокодозной терапии данным цитостатиком на печень. Следует отметить, что в экспериментах показана эффективность различных гепатопротекторов при их комбинированном использовании с цитостатиками.

Цель работы: изучить эффективность глицирризиновой кислоты в модели острого токсикоза, индуцированного циклофосфамидом.

Эксперимент проводился на крысах-самцах (6-8 недель, масса 160-176 г.). Глицирризиновую кислоту вводили через желудочный зонд в дозе 20 мг/кг в течение 7 дней, циклофосфамид – однократно внутрибрюшинно в дозах 450 - 600 мг/кг. Результаты оценивали, опираясь на гистоморфологическое исследование печени и селезенки, а также активность печеночной сукцинатдегидрогеназы (СДГ, гистохимический метод по Lloyd).

Результаты эксперимента показали, что курсовое введение глицирризиновой кислоты интактным крысам не приводит к изменению морфологии гепатоцитов и сопровождается увеличением активности печеночной СДГ на 25%. В то же время у крыс на фоне токсикоза, вызванного циклофосфамидом использование глицирризиновой кислоты замедляло развитие «опустошения» герминативных центров фолликулов селезенки, а также уменьшало количество некрозов и увеличивало активность СДГ гепатоцитов на 21% по сравнению с соответствующим контролем.

Таким образом, пероральное введение глицирризиновой кислоты уменьшает гистоморфологические и гистохимические проявления токсичности, индуцированной циклофосфамидом.

### **НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ОРГАНИЗАЦИИ ОБЕСПЕЧЕНИЯ НАСЕЛЕНИЯ ЛЕКАРСТВЕННЫМИ ФОРМАМИ ИНДИВИДУАЛЬНОГО ИЗГОТОВЛЕНИЯ (НА ПРИМЕРЕ АПТЕКИ №361 ГУП "ТАТТЕХМЕДФАРМ")**

**Давлетова Г.Р.**  
**Казанский государственный медицинский университет**  
**Научный руководитель – д.фарм.н., проф. Тухбатуллина Р.Г.**

Цель исследования: изучение структуры экстермпоральной рецептуры, стоимости и трудоемкости изготавливаемых лекарственных форм аптекой №361 г.Казани для разработки механизма ускорения изготовления лекарственных форм.

Методы исследования: методы системного, экономического, ретроспективного, сравнительного анализа.

Полученные результаты: проведенный анализ отчетов по производству экстермпоральных препаратов, а также паспортов письменного контроля показал, что востребованными к изготовлению по рецептам и требованиям лечебных учреждений остаются такие лекарственные формы как глазные лекарственные формы, растворы для наружного и внутреннего применения, порошки, мази. Среди растворов для наружного применения большой удельный вес занимают суспензии, изготавливаемые по рецептам, выписанным хозрасчетной поликлиникой, косметологическим отделением. Лекарственные формы характеризуются многокомпонентностью, трудоемкостью и большими затратами по времени на процесс изготовления.

Вывод: С целью уменьшения затрат времени на изготовление суспензий нами предложено использование внутриаптечной заготовки, состоящей из сыпучих компонентов. Из-за отсутствия необходимости их стабилизации, растворители как спирт этиловый, эфир и глицерин добавлять в отпускной флакон перед отпуском, что значительно разгрузит фармацевта и ускорит отпуск лекарственной формы.

### **РАЗРАБОТКА ЭКСПРЕСС-МЕТОДА КОЛИЧЕСТВЕННОГО ОПРЕДЕЛЕНИЯ СУММЫ ФЛАВОНОИДОВ В ЛИСТЬЯХ БЕРЕЗЫ**

**Габдрахманова М.Н.**  
**Казанский государственный медицинский университет**  
**Руководитель – к.б.н., доцент Хазиев Р.Ш.**

В научной и народной медицине широко применяются настои листьев *Betula L.* в качестве мочегонного, потогонного, желчегонного и противовоспалительного средства. Сухой экстракт листьев березы входит в состав комплексного желчегонного препарата «Сибектан». Стандартизация листьев березы осуществляется по содержанию суммы флавоноидов, определяемых методом дифференциальной спектрофотометрии, после цветной реакции флавоноидов с хлористым алюминием. Метод прост, удобен, не требует дорогостоящих реактивов, однако для полного извлечения флавоноидов предусматривается длительная

двухчасовая экстракция сырья кипящим 50% этанолом. Одним из путей сокращения времени извлечения флавоноидов из сырья может стать дробная экстракция с более короткими временными отрезками. Также одним из возможных способов оптимизации является отказ от длительной исчерпывающей экстракции путем введения поправочных коэффициентов на неполноту извлечения флавоноидов. Примененная нами дробная трехкратная (по 30 минут) экстракция листьев березы показала, что используемая официальная методика не обеспечивает полноты экстракции флавоноидов – при трехкратной дробной экстракции извлекалось  $2,70 \pm 0,04$  (в процентах от массы сырья) флавоноидов против  $2,33 \pm 0,05$  процентов при однократной двухчасовой экстракции. В ходе дальнейших экспериментов было установлено, что дробная двукратная (по 10 минут) экстракция листьев березы 50% этанолом позволяет извлекать  $2,46 \pm 0,04$  (в процентах от массы сырья) флавоноидов, что составляет 91,1% от их содержания в сырье (определенного методом трехкратной дробной экстракции) и фактически превышает их содержание, определенное по методике фармакопейной статьи. Введение в расчетную формулу поправочного коэффициента на неполноту извлечения флавоноидов при двукратной (по 10 минут) экстракции флавоноидов равного 1,1 позволяет предложить экспресс-метод определения флавоноидов в листьях березы, в котором время экстракции сокращено до 20 минут, а общее время анализа составляет немногим более 1 часа.

## **ФИЗИОЛОГИЯ И ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНАЯ МЕДИЦИНА**

### **ВЛИЯНИЕ КСИМЕДОНА НА ВНУТРИКЛЕТОЧНОЕ СОДЕРЖАНИЕ $Ca^{2+}$ В НЕЙРОНАХ МОЗЖЕЧКА IN VITRO**

**Вуклова М.О.**

**Казанский государственный медицинский университет  
Научный руководитель – д.м.н., доц. Рагинов И.С.**

Одними из самых встречаемых заболеваний во всём мире являются нейродегенеративные заболевания, такие как: рассеянный склероз, болезнь Паркинсона, болезнь Альцгеймера и многие другие. Как следствие, появляется необходимость в разработке и изучении лекарственных препаратов с эффективными нейропротекторными свойствами.

Высоким нейропротекторным эффектом обладает ксимедон. Он стимулирует регенерацию периферического нерва, ингибируя апоптоз чувствительных нейронов, стимулируя ветвление регенерирующих отростков. Ключевое значение в этих процессах имеет концентрация ионов кальция в цитоплазме нейронов. Ранее нами было показано, что ксимедон блокирует кальциевые каналы в цитоплазме нейронов гиппокампа.

Цель исследования: изучить влияние ксимедона на изменение внутриклеточной концентрации ионов кальция в нейронах.

Методы исследования: эксперименты проведены на культуре зернистых нейронов коры мозжечка полученных от 7 дневных крысят. На 14 день культивации нейроны инкубировали с ксимедоном в концентрации 10мкМ. Изменение уровня кальция оценивали на флуоресцентном микроскопе Axiovert 200 (Zeiss), при помощи красителя Fura 2 FF/AM (1мМ).

Результаты: в течение часа после добавления ксимедона во всех нейронах происходит увеличение уровня кальция в цитоплазме на 24% ( $P < 0,05$ ) по сравнению с начальных уровнем. В большинстве нейронов это увеличение происходит скачкообразно в интервале от 10 минут до 1 часа от начала эксперимента. Добавление через 150 минут FCCP (10 мкМ) и иономицина (1 мкМ) не привело к дальнейшему увеличению концентрации кальция в цитоплазме, что свидетельствует об отсутствии ионов кальция во внутриклеточных депо.

Вывод: ксимедон увеличивает уровень кальция в цитоплазме зернистых нейронов мозжечка, мобилизует его из внутриклеточных депо.

### **СРАВНЕНИЕ ОСНОВНЫХ ХАРАКТЕРИСТИК ПАМЯТИ У СТУДЕНТОВ 1-2 КУРСА**

**Мулдашева А.Э.**

**Западно-Казахстанский государственный медицинский университет имени Марата Оспанова  
Научный руководитель – к.м.н., доцент Калдыбаева А.Т.**

Студент-медик на протяжении 7 лет обучения воспринимает такое количество информации, которое примерно приравнивается к изучению трех иностранных языков. Поэтому ему особенно сложно справиться с большим потоком информации.

Целью исследования явилось изучение основных характеристик памяти у студентов ЗКГМУ 1 и 2 курса одного года рождения (1994 гр.).

Материалы и методы: Исследование проводилось на 18 студентах 1994 года рождения 1 (8 чел.) и 2 (10 чел.) курса факультета «Общая медицина». Изучение основных характеристик памяти проводилось путем проведения общепринятых тестов: «Внимание и память», «Смысловая память», «Объем кратковременной памяти», «Долговременная память», «Зрительный тест на память».

Результаты и обсуждение: Проведенное тестирование на «Внимание и память» выявило, что студентам 1 курса для воспроизведения десяти слов потребовалось 3 попытки, а студентам 2 курса – 2. По итогам теста на «Смысловую память», среднее значение у 1 курса составило 8,4 балла (52%), у 2 курса – 12,6(78%). Третий тест на «Объем кратковременной памяти»: в цифровом варианте результат среднего балла оказался у 1 курса 4,6(28%), у 2 – 4,9(30%) балла. Во втором варианте – словесном, средний балл 1 курса – 6,9(42%), 2 – 7,3(45%). В тесте на «Долговременную память» количество попыток, понадобившихся на воспроизведение всех слов, составило: у 1 курса шесть попыток, у 2 – пять. В последнем тесте на «Зрительную память» средний балл составил у 1 курса 12,2 балла, у 2 – 13,4 балла.

Заключение: Результаты нашего исследования показали, что студенты разных курсов, но одного года рождения имеют различные показатели памяти. Студенты 2 курса обладают более развитой долговременной и смысловой памятью, по сравнению со своими однокурсниками, студентами 1 курса. По этим показателями мы вправе утверждать, что большой поток учебной информации успешно усваивается, кроме этого, это положительно влияет на развитие памяти.

## **ВЛИЯНИЕ САЛЬФА-ХОЛЕСТАН-4-ОНА НА РИТМ СОКРАЩЕНИЯ И СА-СИГНАЛЫ В ПРАВЫХ ПРЕДСЕРДИЯХ МЫШИ**

**Сычёв В.И.**

**Казанская государственная медицинская академия  
Научный руководитель – к.б.н., доц. Петров А.М.**

В последнее время идентифицируются все больше молекул липидной природы, обладающих высокой биологической активностью. Обнаружено, что некоторые оксиформы холестерина способны интенсивно «убегать» из мембран и проникать в ядро клетки, связываясь с ядерными LX-, FX-и RX рецепторами, взаимодействовать в цитоплазме с оксистерин-связывающими белками. Некоторые оксистеролы (например, окисленные производные 7-дегидрохолестрина) имеют ярко выраженные токсические эффекты, действуя в нано-и микромолярных концентрациях. Другие варианты оксистеролов (4-холестен-3-он, 24-гидроксистерин), наоборот, способны оказывать протекторные эффекты, усиливая выживаемость клеток. В нашей работе с помощью оптических методов изучалось воздействие оксистерола (5-альфа-холестан-3-она, в концентрации 200 нМ) на собственный ритм сокращений изолированных правых предсердий и Са сигналы. Использовали стандартный раствор Кребса, насыщенный кислородом. Для исследования изменений внутриклеточной концентрации  $Ca^{2+}$  применяли краситель Fluo-4AM. В ходе циклов сокращения - расслабления препарата наблюдались периодические изменения свечения Са-сенсора, в виде всплесков («Са-сигналов»), отражающее повышение цитозольной концентрации  $Ca^{2+}$ . Добавление 5-альфа-холестан-3-она вызывало быстрое увеличение частоты сокращений до  $134.6 \pm 4.1\%$  ( $p > 0.05$ ) уже к 1 мин аппликации. Однако ускорение ритма сокращений носило транзиторный характер, и к 5-7 мин действия оксистерола частота сокращений не отличалась от исходной. Изменения амплитуды Са-сигналов имели противоположный характер. К 1 мин обработки 5-альфа-холестан-3-оном величина Са-сигналов снижалась до  $81.8 \pm 4.1\%$  ( $p > 0.05$ ), а затем к 8-12 мин возвращалась к исходному уровню. Таким образом, 5-альфа-холестан-3-он действуя в наномолярных концентрациях вызывает кратковременный разнонаправленный эффект на частоту сокращений и Са-сигналы. Это наводит на идею о существовании мембранного рецептора на этот оксистерол, для которого характерна быстрая десенситизация.

## **ОКСИСТЕРОЛ (5-АЛЬФА-ХОЛЕСТАН-3-ОН) УГНЕТАЕТ МОБИЛИЗАЦИЮ СИНАПТИЧЕСКИХ ВЕЗИКУЛ В НЕРВНО-МЫШЕЧНЫХ СИНАПСАХ МЫШИ**

**Касимов М.Р.**

**Казанский государственный медицинский университет  
Научный руководитель – к.б.н., доц. Петров А.М.**

Введение. В составе синаптических мембран обнаружено значительно содержание холестерина, который может совместно со сфинголипидами формировать скопления – рафты. Синаптический холестерин имеет длительное время «жизни» и может подвергаться окислению под влиянием активных форм кислорода или ферментов. В результате образуются оксистеролы, ряд из которых обладают высокой биологической активностью, действуя в нано- и микромолярных концентрациях. Обнаруженные клеточные эффекты оксистеролов преимущественно реализуются через их взаимодействие с ядерными LX-рецепторами и связаны с метаболизмом холестерина, процессами выживания и апоптоза. Однако мало известно о воздействии разных оксистеролов на синаптическую передачу.

Материал и методы. В работе исследовали влияние 200 нМ 5-альфа-холестан-3-она на фазовые состояния мембран и экзоцитоз синаптических везикул в нервно-мышечных синапсах мыши. Использовали флуоресцентные метки: 22-NBD-холестерин, преимущественно распределяющейся в жидкой фазе мембраны, меченную субъединицу В холерного токсина, одновременно взаимодействующую со скоплениями ганглиозида GM1, которые образуются на территории рафтов. Процессы экзоцитоза синаптических везикул исследовали с использованием маркера FM1-43, который загружается в синаптические везикулы в ходе эндоцитоза, и электрофизиологической регистрации потенциалов концевой пластинки.

Результаты. Аппликация 5-альфа-холестан-3-она вызвала возрастание флуоресценции 22-NBD-холестерина в синаптических областях, тогда как предварительная обработка 5-альфа-холестан-3-оном ослабляла окрашивание синаптических мембран меченной субъединицей В холерного токсина. Это указывает на увеличение доли жидкой фазы в синаптических мембранах наряду со снижением содержания рафтов при воздействии вещества. 5-альфа-холестан-3-он немного снижал потенциал концевой пластинки в ответ на одиночную стимуляцию, и существенно углублял синаптическую депрессию при высокочастотной стимуляции. Обработка препарата веществом достоверно замедляла выгрузку красителя FM1-43, предварительно загруженного в синаптические везикулы.

Выводы. 5-альфа-холестан-3-он дестабилизирует липидные плотки и угнетает синаптическую передачу при высокочастотной активности, нарушая мобилизацию синаптических везикул в сайты экзоцитоза.

## **РЕАКЦИЯ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ИНОТРОПНОЙ ФУНКЦИИ МИОКАРДА У НЕПОЛОВОЗРЕЛЫХ СПОНТАННО ГИПЕРТЕНЗИВНЫХ КРЫС**

**Чибирева М.Д., Матвеева В. Л.**

**Казанский государственный медицинский университет  
Научный руководитель – д.б.н., проф. Нигматуллина Р. Р.**

Известно, что гипертоническая болезнь приводит к гипертрофии миокарда и изменению его сократительных свойств. В сердце имеются серотониновые рецепторы (5-HT<sub>2A</sub>, 5-HT<sub>2B</sub>, 5-HT<sub>4</sub>), взаимодействуя с которыми, серотонин вызывает изменение сократимости сердечной мышцы через каскад внутриклеточных процессов. Мы исследовали влияние серотонина на инотропные показатели миокарда левых желудочков половозрелых и неполовозрелых спонтанно гипертензивных крыс. Методика. Тензометрическим методом исследовали инотропную функцию миокарда левых желудочков, при добавлении серотонина в трех последовательно возрастающих концентрациях – 0,1 мМ, 1,0 мМ, 10,0 мМ. Результаты. 1. Исходные значения силы сокращения гипертензивных крыс выше контрольных на 38%. Максимальный эффект серотонина в обеих группах проявляется в концентрации 0,1 мМ. При добавлении серотонина в концентрациях 1,0 мМ и 10,0 мМ наблюдается постепенное уменьшение значений параметра до исходной величины у контрольных крыс и снижение величины параметра ниже исходной на 33% у гипертензивных крыс (отрицательное инотропное действие). 2. Серотонин ускоряет процесс сокращения миокарда желудочка контрольных половозрелых крыс (уменьшает общее время сокращения) за счет уменьшения длительности сокращения (на 0,18 с при концентрации серотонина 0,1 мМ,  $p < 0,001$ ) и длительности расслабления (на 0,17 с

при концентрации 10,0 мМ,  $p < 0,01$ ). У экспериментальных крыс общее время сокращения левого желудочка увеличивается за счет увеличения времени, затраченного как на сокращение, так и на расслабление.

### **МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ РАЗЛИЧНЫХ ОТДЕЛОВ СЕРДЦА У НЕПОЛОВОЗРЕЛЫХ СПОНТАННО ГИПЕРТЕНЗИВНЫХ КРЫС**

**Матвеева В.Л., Чибишева М. Д.**  
**Казанский государственный медицинский университет**  
**Научный руководитель – д.б.н., проф. Нигматуллина Р. Р.**

Известно, что гипертоническая болезнь приводит к патологической гипертрофии миокарда и изменению его сократительных свойств. Гипертрофия левого желудочка встречается чаще, однако возможна гипертрофия и правого желудочка или обоих желудочков. Гипертрофия носит компенсаторный характер и необходима для эффективной работы сердечной мышцы. Методом взвешивания сердечной мышцы в целом и ее отделов (левый и правый желудочки, межжелудочковая перегородка), а также аорты, мы установили разницу между массами миокарда и аорты у контрольных неполовозрелых и спонтанно гипертензивных крыс. Процент средней массы миокарда от веса крысы выше у спонтанно гипертензивных неполовозрелых крыс по сравнению с контрольными. Средние массы левого и правого желудочков, межжелудочковой перегородки и аорты достоверно выше у экспериментальных крыс ( $p < 0,05$ ). Процент средней массы миокарда левого желудочка от средней массы миокарда гипертензивных крыс выше средней массы миокарда левого желудочка контрольных крыс на 8,7% ( $p < 0,05$ ). Методом световой микроскопии на гистологических срезах миокарда (гематоксиллин+эозин) спонтанно гипертензивных неполовозрелых крыс выявлено разрастание соединительной ткани. Фиброзированная сердечная мышца более жесткая и менее податливая, что ведет к сердечной недостаточности.

### **ИССЛЕДОВАНИЕ СОКРАТИТЕЛЬНОЙ ФУНКЦИИ ДИАФРАГМАЛЬНОЙ МЫШЦЫ ТРАНСГЕННЫХ МЫШЕЙ С МОДЕЛЬЮ БОКОВОГО АМИОТРОФИЧЕСКОГО СКЛЕРОЗА**

**Нуриева Л.Р., Мухамедьяров М.А.**  
**Казанский государственный медицинский университет**  
**Научный руководитель – д.м.н., проф. Зефилов А.Л.**

Боковой амиотрофический склероз (БАС) является прогрессирующим нейродегенеративным заболеванием, которое характеризуется дегенерацией верхних и нижних мотонейронов, что приводит к развитию амиотрофий и параличей скелетной мускулатуры. В связи с этим представляет интерес изменение сократительных функций скелетных мышц при БАС в процессе развития заболевания, что и явилось целью данного исследования.

Эксперименты проводили при помощи стандартной миографической методики на диафрагмальной мышце мышей. В работе использовались трансгенные мыши с моделью БАС (далее - mSOD1мыши) на досимптомной (3-4месяцев) и симптомной (6-7месяцев) стадии болезни. Эти мыши экспрессируют мутантный ген супероксиддисмутазы 1, ответственный за 15-20% семейных случаев БАС. Мышцу погружали в ванночку и раздражали электрическими стимулами с частотой 0.1-50 Гц.

В контроле при стимуляции с частотой 0,1Гц амплитуда сокращений составила  $0,51 \pm 0,1$ г, время укорочения  $144 \pm 3$ мс, время расслабления  $35 \pm 3$ мс ( $n=12$ ). При увеличении частоты стимуляции от 5 до 50Гц происходило возрастание амплитуды тетануса от  $0,38 \pm 0,07$  до  $2,26 \pm 0,47$ г. Кривая зависимости амплитуды сокращения мышцы от силы стимуляции имела S-образную форму, при этом пороговая сила раздражения составила  $2,23 \pm 0,17$ В, а параметр р50 достигался при 4В. Параметры одиночного и суммированного сокращения у досимптомных mSOD1мышей достоверно не отличались от контроля ( $n=9$ ). Амплитуда сокращений приодиночной и пачечной стимуляциях у симптомных mSOD1мышей была достоверно выше, чем в контроле. При 0,1Гц амплитуда составила  $1,08 \pm 0,22$ г, а при частоте 50Гц амплитуда тетанического сокращения составила  $3,87 \pm 0,84$ г ( $n=9$ ). Пороговая сила раздражения составила  $1,94 \pm 0,24$ В, а параметр р50 достигался при 3,6В.

Таким образом, полученные данные свидетельствуют о дисфункции мышечных волокон диафрагмы у симптомных, но не досимптомных mSOD1 мышей, проявляющейся в возрастании электрически вызванных сократительных ответов и повышении возбудимости мышечных волокон в сравнении с контролем. Обнаруженные нарушения могут оказывать значительный вклад в патогенез БАС.

### **ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ГЕНЕТИЧЕСКИ МОДИФИЦИРОВАННЫХ МОНОНУКЛЕАРНЫХ КЛЕТОК ПУПОВИННОЙ КРОВИ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЕЗНИ АЛЬЦГЕЙМЕРА В МОДЕЛИ НА ТРАНСГЕННЫХ МЫШАХ**

**Петухова Е.О., Мухамедшина Я.О., Мухамедьяров М.А.**  
**Казанский (Приволжский) федеральный университет**  
**Казанский государственный медицинский университет**  
**Научные руководители – д.м.н., проф. Исламов Р.Р., д.м.н., проф. Зефилов А.Л.**

Болезнь Альцгеймера (БА) – нейродегенеративное заболевание, клинически проявляющееся прогрессирующей деменцией. Генно-клеточная терапия – одно из наиболее перспективных направлений лечения дегенеративных заболеваний. Метод основан на применении клеток, предварительно генетически модифицированных с помощью вирусного или плазмидного вектора, несущего терапевтический ген.

Эффективность генно-клеточной терапии мы оценивали с помощью поведенческих тестов и иммуногистохимического анализа криостатных срезов головного мозга. Нами было исследовано 5 групп мышей: мыши дикого типа ( $n=15$ ), мыши с моделью БА ( $n=15$ ), мыши с моделью БА после ксенотрансплантации моноклеарных клеток пуповинной крови человека, трансфицированных аденовирусными векторами, кодирующими зеленый флуоресцирующий белок (EGFP) ( $n=9$ ), сосудистый эндотелиальный фактор роста (VEGF) ( $n=10$ ) и глиальный нейротрофический фактор (GDNF) ( $n=9$ ). Результаты поведенческих тестов показали значительное снижение показателей пространственной памяти и способности к обучению мышей с моделью БА. При этом память и обучаемость трансгенных мышей после трансплантации генетически модифицированных моноклеарных клеток пуповинной крови (МКПК) улучшались и приближались к контрольным значениям. Иммунофлуоресцентное окрашивание срезов головного мозга выявило успешный хоуминг трансплантированных клеток в гиппокампе и прилегающей к ней коре. Секреторная активность МКПК, экспрессирующих GDNF, сохранялась более 40 дней



после трансплантации. Таким образом, генно-клеточная терапия, основанная на применении генетически модифицированных МКПК, может быть эффективна для лечения БА.

## **ОТЛИЧИТЕЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПОДДЕРЖАНИЯ ВЕРТИКАЛЬНОЙ СТОЙКИ У СПОРТСМЕНОВ РАЗНЫХ ВИДОВ СПОРТА**

**Касимова Р.Р., Мустафина Л.Д.**  
**Поволжская государственная академия физической культуры, спорта и туризма**  
**Казанский государственный медицинский университет**  
**Научный руководитель- к.м.н., доц. Мухамедьяров М. А.**

Введение. Контроль вертикального положения формируется проприоцептивной, зрительной и вестибулярной афферентации, реализующуюся посредством изменения тонуса постуральных мышц, что и обеспечивает поддержание определенного положения тела. В то же время известно, что система поддержания равновесия тела формируется под влиянием наследственных факторов и условий внешней среды. Нервно-мышечная система и опорно-двигательный аппарат спортсмена имеют значительные отличия в связи с экстремальными нагрузками и биомеханическими особенностями соревновательного движения (Шестаков М.П., 2007).

Цель работы. Определить отличительные особенности поддержания равновесия в основной стойке между гребцами-академистами и волейболистами.

Метод исследования. В исследовании приняли участие 14 мужчин, занимающихся академической греблей и 12 специализирующихся в волейболе.

Функция поддержания равновесия была изучена на стабилографическом аппаратно-программном комплексе «Стабилен-1-02» с помощью анализа колебаний центра давления стоп в статическом тесте при открытых и закрытых глазах.

Результаты и обсуждение. Как показано в таблице 2, у спортсменов проявляются значимые различия по показателю среднеквадратического отклонения общего центра давления во фронтальной и сагиттальной плоскостях от зрительного контроля (более правое и переднее положение у волейболистов). Это связано с развитием специфического баланса мышц всего тела.

Тенденция к изменению также отмечается по большей площади статокинезиограммы при контроле зрения у волейболистов относительно гребцов. Баланс тела в основной стойке у спортсменов в большей мере зависит от вклада зрительного анализатора с приоритетом влияния проприоцепции. При отсутствии зрительного контроля не было выявлено различий между испытуемыми.

Таким образом, гребцы-академисты имели более устойчивое равновесие в ортоградном положении, чем волейболисты при зрительном контроле. Также для волейболистов было характерно более переднее и правое положение тела в отличие от гребцов-академистов. Все эти данные указывают на различную сенсорную интеграцию, связанную со спецификой вида спорта.

## **ИССЛЕДОВАНИЕ ИММУНОЭКСПРЕССИИ РАЗЛИЧНЫХ ПОДТИПОВ М-ХОЛИНОРЕЦЕПТОРОВ И БЕТА-АДРЕНOREЦЕПТОРОВ В МИОКАРДЕ ТРАНСГЕННЫХ МЫШЕЙ С МОДЕЛЬЮ БОЛЕЗНИ АЛЬЦГЕЙМЕРА**

**Леушина А.В., Нуруллин Л.Ф., Мухамедьяров М.А.**  
**Казанский государственный медицинский университет**  
**Научный руководитель – д.м.н., проф. Зефирова А.Л.**

Известно, что сердечная деятельность находится под контролем автономной нервной системы, которая действует через адreno- и мускариновые холинорецепторы. Целью данной работы явилось исследование иммуноэкспрессии различных подтипов М-холино- и бета-адренорецепторов в миокарде трансгенных мышей с моделью болезни Альцгеймера (БА). Проводили иммунофлуоресцентное окрашивание правого и левого предсердия, правого желудочка в трех группах мышей – трансгенные мыши с моделью БА 8-11 месячного возраста (трансгенные), а также мыши дикого типа 3-4 месячного возраста (молодые) и мыши дикого типа 8-11 месячного возраста (зрелые). Для идентификации антигена препараты инкубировали с первичными антителами к  $\beta 1$ - и  $\beta 2$ -адренорецепторам и к M1- и M2-холинорецепторам, затем инкубировали с вторичными антителами, конъюгированными с флуоресцентными красителями anti-mouse Alexa 555. Для визуализации ядер клеток препараты окрашивали раствором 4,6-диамидино-2-фенилиндол дигидрохлорида (DAPI). Изучение и оцифровку изображений проводили при помощи конфокального сканирующего микроскопа LSM 510-Meta. Анализ проводился в полях зрения размером 41x41 мкм при увеличении x63. Для каждого поля зрения вычислялось количество светящихся точек (пятен), средняя площадь точек (мкм<sup>2</sup>) и общая площадь точек (мкм<sup>2</sup>). При помощи иммунофлуоресцентного метода были выявлены выраженные изменения количества и соотношения различных подтипов бета-адрено- и М-холинорецепторов. В частности, в кардиомиоцитах желудочков миокарда трансгенных мышей наблюдается повышение экспрессии M1- и M2-холинорецепторов и снижение экспрессии бета2-адренорецепторов, что хорошо коррелирует с результатами миографических экспериментов, проведенных ранее. На основе экспериментальных данных нами также предположена модификация внутриклеточных сигнальных каскадов, реализующих эффекты различных подтипов бета-адренорецепторов в миокарде трансгенных мышей. Полученные нами результаты значительно расширяют современные представления о патогенезе болезни Альцгеймера и ее сердечно-сосудистых проявлениях. Работа поддержана ФЦП, грантами Президента РФ, РФФИ.

## **РАЗРАБОТКА ПОДХОДОВ К ЛЕЧЕНИЮ БОЛЕЗНИ АЛЬЦГЕЙМЕРА НА ОСНОВЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ПРОИЗВОДНЫХ 6-МЕТИЛУРАЦИЛА**

**Зуева И.В., Петухова Е.О.**  
**Казанский (Приволжский) федеральный университет**  
**Казанский государственный медицинский университет**  
**ИОФХ им. А.Е. Арбузова КазНЦ РАН ИОФХ им. А.Е. Арбузова КазНЦ РАН**  
**Научные руководители: к.м.н., доц. Мухамедьяров М.А., с.н.с. ИОФХ Петров К.А.**

Ингибиторы ацетилхолинэстеразы (АХЭ) применяются в медицинской практике при терапии болезни Альцгеймера (БА). Однако, использование существующих ингибиторов АХЭ эффективно лишь в отношении основных симптомов данного заболевания (нарушений памяти), но, к сожалению, никак не влияет на его патогенез. Есть основания полагать, что

ингибиторы АХЭ, места связывания которых включают так называемый «периферический анионный пункт» (ПАП), будут более эффективны, поскольку способны уменьшать агрегацию бета-амилоида. Однако, поскольку известные блокаторы ПАП АХЭ либо крайне токсичны *in vivo*, либо не способны преодолеть гематоэнцефалический барьер, то данное утверждение справедливо пока только для условий *in vitro* и культур клеток. Согласно недавно полученным нами данным, представители нового класса ингибиторов АХЭ – алкиламмониевые производные 6-метилурацила, уменьшают активность фермента за счет связывания с ПАП. Целью работы является исследование возможных преимуществ использования блокаторов ПАП АХЭ на основе соединения № 35 (производного 6-метилурацила) для лечения болезни Альцгеймера. Оценку влияния соединения на параметры памяти проводили в Т-образном лабиринте с пищевым подкреплением на трансгенных мышах с генетической моделью БА. Препаратом сравнения служил традиционный для лечения БА ингибитор АХЭ – Донепезил. По окончании эксперимента в лабиринте проводили окрашивание срезов гиппокампа и прилегающей коры головного мозга трансгенных животных на амилоидные бляшки. Под воздействием соединения № 35 в дозе 5 мг/кг (в/б) критерий обученности в Т-образном лабиринте у трансгенных мышей достигал 60% мышей, что соответствует проценту обученных мышей дикого типа и втрое превышает этот параметр у интактных трансгенных мышей. При исследовании влияния соединения № 35 на количество и площадь амилоидных бляшек в головном мозге трансгенных животных, показано их достоверное снижение в зубчатой извилине, зоне СА3 гиппокампа и коре головного мозга. Полученные результаты свидетельствуют о высоком терапевтическом потенциале соединения № 35 в качестве средства для лечения болезни Альцгеймера.

#### **ЭКЗОЦИТОЗ И ЭНДОЦИТОЗ СИНАПТИЧЕСКИХ ВЕЗИКУЛ И АСИНХРОННАЯ СЕКРЕЦИЯ МЕДИАТОРА**

**Григорьев П.Н.**

**Казанский государственный медицинский университет  
Научный руководитель – д.м.н., проф. Зефиоров А.Л.**

Известно, что в двигательных нервных окончаниях регистрируются два вида вызванной секреции медиатора – синхронная и асинхронная. Однако, остается неизвестным, поддерживаются ли оба вида секреции одним и тем же пулом синаптических везикул, или для каждого вида секреции существуют отдельные популяции везикул. В опытах на двигательных нервных окончаниях кожно-грудинной мышцы лягушки при использовании электрофизиологического подхода (внутриклеточное микроэлектродное отведение постсинаптических сигналов) и флуоресцентной конфокальной микроскопии исследовались процессы секреции медиатора и экзо- эндоцитоза синаптических везикул при стимуляции синхронной и асинхронной секреции медиатора. В некоторых экспериментах производилась эквивалентная замена ионов  $Ca^{2+}$  на ионы  $Ba^{2+}$  (Ba-раствор). В процессе высокочастотного раздражения (20 Гц) в стандартном растворе регистрировались многоквантовые потенциалы концевой пластинки (синхронная секреция медиатора), тогда как при раздражении в Ba-растворе отмечалось появление огромного количества асинхронно возникающих одноквантовых потенциалов концевой пластинки. Топография пятен, отражающих скопления везикул, проходящих вызванную секрецию и эндоцитоз в стандартном и Ba-растворе и захвативших краситель FM 1-43, оказалась сходной. Высокочастотное раздражение в стандартном растворе предварительно окрашенных в стандартном и Ba-растворе препаратов приводило падению интенсивности свечения нервных терминалей с одинаковой скоростью. Раздражение как в стандартном, так и Ba-растворе приводило к выбросу красителя FM 1-43 из везикул резервного пула. Полученные данные позволяют предполагать, что в синхронной и асинхронной секрециях принимают участие те же самые синаптические везикулы. Исследование поддержано грантом РФФИ 14-04-01232-а.

#### **ЭФФЕКТЫ ЦИКЛОСПОРИНА А НА ЭКЗОЦИТОЗ СИНАПТИЧЕСКИХ ВЕЗИКУЛ В ДВИГАТЕЛЬНЫХ НЕРВНЫХ ОКОНЧАНИЯХ МЫШИ**

**Мавлиева А.Ф.**

**Казанский государственный медицинский университет  
Научный руководитель – к.м.н., ст. преп. Григорьев П.Н.**

Известно, что одним из Са-зависимых регулирующих пресинаптический везикулярный цикл ферментов является фосфатаза кальциневрин. На основе блокаторов кальциневрина образован ряд препаратов, используемых в медицине. В экспериментах на нервно-мышечном препарате диафрагмы мыши с использованием флуоресцентной микроскопии исследовались процессы экзоцитоза синаптических везикул в условиях блокады кальциневрина. Раздражение двигательного нерва производилось сверхпороговыми прямоугольными импульсами с частотой 50 Гц, в качестве блокатора кальциневрина был использован циклоспорин А (10 мкМ), который добавлялся в перфузионный раствор за 30 мин до начала раздражения. Свечение флуоресцентного красителя FM 1-43 наблюдали на микроскопе Olympus BX51WI, оснащенного объективом LUMPlanFI 60x/0.9, фильтром возбуждения 470-490 нм, дихроическим зеркалом 500нм, фильтром эмиссии 520LP. Раздражение двигательного нерва контрольных препаратов продолжительностью 1 мин в присутствии красителя FM 1-43 (5 мкМ) приводило к захвату красителя эндоцитозом синаптических везикул. Для оценки процессов экзоцитоза синаптических везикул производилось раздражение предварительно окрашенных препаратов в не содержащем FM 1-43 растворе. В контрольных препаратах в процессе раздражения отмечалось быстрое падение интенсивности свечения нервных терминалей, тогда как действие циклоспорино А приводило к достоверному снижению темпа выброса красителя. Таким образом, фармакологическая блокада кальциневрина циклоспорином А приводит к замедлению интенсивности процессов экзоцитоза синаптических везикул при высокочастотном раздражении в двигательных нервных окончаниях мыши, что, вероятно, связано с нарушением процессов транспорта синаптических везикул к активным зонам. Исследование поддержано грантом РФФИ 14-04-01232-а.

#### **ВЛИЯНИЕ 4-ХОЛЕСТЕН-3-ОНА НА ЭКЗОЦИТОЗ ВЕЗИКУЛ РЕЦИКЛИРУЮЩЕГО И РЕЗЕРВНОГО ПУЛОВ**

**Зинин А. А., Закирьянова Г.Ф.**

**Казанский государственный медицинский университет  
Научный руководитель – к.б.н., доц. кафедры Петров А.М.**

В мозге образуются разнообразные оксистеролы, часть из них имеет выраженные эффекты на экспрессию генов и метаболизм нейронов. Воздействия оксистеролов на синаптическую передачу практически не изучены. В нервном окончании синаптические везикулы разделяются на популяции: меньшая часть везикул, обеспечивающая синаптическую передачу при низкочастотной активности или вначале высокочастотной стимуляции, относится к рециклирующему пулу, а большая часть везикул, вовлекающаяся в экзоцитоз только в условиях продолжительной высокочастотной активности – к резервному пулу. В

нашей работе мы исследовали с помощью флуоресцентного метода влияние окисленного варианта холестерина (4-холестен-3-она, 200 нМ) на экзоцитоз синаптических везикул, принадлежащих к рециклирующему и резервному пулам в нервно-мышечном синапсе лягушки. Для слежения за экзоцитозом использовали краситель - FM1-43, который обратимо связывается с пресинаптической мембраной и во время эндоцитоза оказываются внутри вновь образующихся синаптических везикул. Оказалось, что обработка 4-холестен-3-оном существенно ускоряет вызванное стимуляцией 20 Гц снижение флуоресценции («выгрузки») в нервных окончаниях, где красителем FM1-43 предварительно загружены резервный и рециклирующие пулы везикул. При этом особенно выраженное ускорение выгрузки FM1-43 наблюдается в период, начиная с 30 с высокочастотной (20 Гц) стимуляции. В данный период в экзоцитоз вовлекаются везикулы резервного пула. Если с помощью кратковременной (20с) стимуляции с частотой 20 Гц избирательно загружать FM1-43 в везикулы рециклирующего пула, то последующая выгрузка FM1-43 в ходе низкочастотной стимуляции (2 Гц) на фоне действия 4-холестен-3-она происходит лишь немного быстрее, чем в контроле. Это говорит о слабом влиянии данного оксистерола на экзоцитоз везикул рециклирующего пула. Таким образом, 4-холестен-3-он способствует экзоцитозу синаптических везикул, преимущественно относящихся к резервному пулу. Работа поддержана грантами РФФИ №11-04-00094-а и МК-108.2013.4.

#### **ВАРИАНТ ЭКЗОЦИТОЗА ВЫЗЫВАЕМОГО УДАЛЕНИЕМ ХОЛЕСТЕРИНА ЗАВИСИТ ОТ ПРОТЕИНКИНАЗЫ C**

**Яковлева А.А.**

**Казанский государственный медицинский университет  
Научный руководитель – к.б.н., доц. кафедры Петров А.М.**

В ранее проведенных исследованиях было обнаружено усиление спонтанного экзоцитоза как в периферических, так и центральных синапсах при удалении мембранного холестерина с помощью 10 мМ метил-бета-циклодекстрина (МЦД). В нашей исследовалась роль протеинкиназы C в эффектах 10 мМ МЦД на спонтанный экзоцитоз синаптических везикул в двигательных нервных окончаниях лягушки. Спонтанную секрецию медиатора оценивали по частоте миниатюрных потенциалов концевой пластинки (МТКП), регистрацию которых производили с использованием стеклянных микроэлектродов. Для слежения за экзоцитозом использовали флуоресцентный краситель - FM1-43, который обратимо связывается с пресинаптической мембраной и во время эндоцитоза оказываются внутри вновь образующихся синаптических везикул («загружаются» в нервное окончание). Под влиянием 10 мМ МЦД наблюдалось сильное увеличение частоты МТКП и выгрузка флуоресцентного красителя FM1-43 из предварительно загруженных синаптических везикул. Ингибирование с помощью мембранопроницающего пептида протеинкиназы C, не уменьшая увеличения частоты спонтанной секреции при действии МЦД, препятствует выгрузке FM1-43. Однако снижение флуоресценции FM1-43 наблюдается, если в среде присутствует сульфородамин 101, который может проникать через поры слияния и тушить флуоресценцию FM1-43. Это указывает на протекание спонтанного экзоцитоза, вызываемого удалением мембранного холестерина, по механизму kiss-and-run при блокировании протеинкиназы C. Ингибирование фосфолипазы C и кальмодулина не приводило к подобным изменениям вызванному МЦД экзоцитоза. Предполагается, что удаление холестерина ведет к увеличению kiss-and-run экзоцитоза, тогда как одновременная независимая от фосфолипазы C активация протеинкиназы C переключает тип экзоцитоза на «полный». Работа поддержана грантами РФФИ №11-04-00094-а и МК-108.2013.4.

#### **АКТИВАЦИЯ БЕТА2-АДРЕНорецепторов ВЕДЕТ К НАДФН-ОКСИДАЗАЗАВИСИМОМУ УСИЛЕНИЮ ПРОДУКЦИИ АКТИВНЫХ ФОРМ КИСЛОРОДА**

**Косарева А.В., Одношвикина Ю.Г.**

**Казанский государственный медицинский университет  
Научный руководитель – к.б.н., доц. Петров А.М.**

Целью нашей работы было исследование продукции активных форм кислорода (АФК) кардиомиоцитами предсердий мыши в ответ на активацию бета2-адренорецепторов (бета2-АР) при 3-х мин аппликации селективного агониста – фенотерола (5 мкМ).

Слежение за образованием в цитоплазме АФК осуществлялось с помощью флуоресцентного маркера carboxy-H2DCFDA (DCF). Флуоресценцию регистрировали при использовании микроскопа Olympus BX51WI, оснащенного светодиодными источниками возбуждающего света (Fraen) и CCD видеокамерой Hamamatsu R2.

Было обнаружено, что во время аппликации агониста бета2-АР изменение флуоресценции DCF не отличалось от контроля, тогда как в период отмывки от агониста флуоресценция DCF достоверно возрастала. Этого всплеска флуоресценции DCF не наблюдалось при ингибировании НАДФН-оксидазы апоцинином (200 мкМ). Спектрофотометрический Fox-анализ подтвердил увеличение цитоплазматической концентрации H2O2 (главного представителя АФК, который синтезируется НАДФН-оксидазой) избирательно в период после обработки агонистом бета2-АР.

Для оценки внеклеточной концентрации H2O2 был применен флуориметрический метод, основанный на реакции AmplexRed реагента с H2O2, катализируемой пероксидазой хрена. Выявлено значительное увеличение H2O2 во внеклеточной среде как во время аппликации агониста бета2-АР, так и в период отмывки. Причем возрастание внеклеточного уровня H2O2 ингибировалось апоцинином.

Мы предполагаем, что активация бета2-АР стимулирует НАДФН-оксидазу, продуцирующую H2O2 в наружную среду. При этом во время аппликации агониста плазматическая мембрана непроницаема для H2O2, тогда как после удаления агониста из среды H2O2 получает возможность проникнуть в цитоплазму клетки. Это объяснило бы, почему уровень АФК увеличивается в цитоплазме только после прекращения фармакологической стимуляции бета2АР фенотеролом.

Работа поддержана грантами РФФИ №14-04-00312-а и МК-108.2013.4.

#### **ИЗМЕНЕНИЕ АДРЕНЕРГИЧЕСКОЙ РЕГУЛЯЦИИ СОКРАТИМОСТИ МИОКАРДА МЫШЕЙ НА РАННИХ СИМПТОМНЫХ СТАДИЯХ ПАРКИНСОНИЗМА**

**Мингалеева Э.Б., Билалова Д.Ф.**

**Казанский (Приволжский) федеральный университет  
Научный руководитель – д.б.н., проф. Нигматуллина Р.Р.**

Актуальность: Десимпатизация сердца выявлено у пациентов клинической стадии болезни Паркинсона. Предполагается, что десимпатизация сердца возникает за несколько лет до клинических проявлений заболевания, что может служить маркером доклинической стадии болезни Паркинсона. Разработаны модели досимптомной и ранней симптомной стадии паркинсонизма. Однако остается неизвестным, изменяется ли при этом адренергическая денервация сердца.

Цель работы: Изучение адренергической регуляции сердца у мышей в модели ранней симптомной стадии паркинсонизма.

Материалы и методы: В работе использовались 10 мышей – самцов линии C57BL/6. Для моделирования хронически развивающегося паркинсонизма четырехкратно подкожно вводили 1-метил-4-фенил-1,2,3,6-тетрагидропиридин (МФТП) в дозе 12 мг/кг. В контроле животным вводили физиологический раствор. Сократительную активность миокарда в эксперименте у мышей изучали *in vivo*. Игольчатые электроды крепили под кожей. Сократительную активность миокарда исследовали через 14 дней после введения МФТП. Мышей наркотизировали уретаном (800мг/кг). Изменения показателей насосной функции сердца исследовали после введения норадреналина внутривенно с концентрацией  $[10]^{(-9)}$ ,  $[10]^{(-8)}$ ,  $[10]^{(-7)}$ ,  $[10]^{(-6)}$ . Каждую последующую дозу вводили через 20 мин после введения предыдущей. Регистрация дифференцированной реограммы проводилась в покое и после введения 1,2,3,4 доз норадреналина. Рассчитывали показатели частоты сердечных сокращений, ударного и минутного объемов крови.

Результаты: Согласно полученным результатам у мышей в ранней симптомной стадии паркинсонизма наблюдаются высокие показатели частоты сердечных сокращений, ударного и минутного объема крови по сравнению с контрольными животными. При введении норадреналина показатели частоты сердечных сокращений значительно выше на 2, 3 и 4 доз препарата по сравнению с контрольными животными.

Выводы: 1. У мышей в модели ранней симптомной стадии паркинсонизма наблюдается увеличение показателей частоты сердечных сокращений, ударного и минутного объемов крови. 2. Также выявлена более высокая реактивность показателей частоты сердечных сокращений, ударного и минутного объемов крови на воздействие норадреналина.

### **ВЛИЯНИЕ БЛОКАДЫ СИНТЕЗА СЕРТОНИНА В ЭМБРИОНАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ НА ФУНКЦИИ СЕРДЦА В ПОСТНАТАЛЬНОМ ОНТОГЕНЕЗЕ**

**Тараканова Р.С., Федосеева Т.С.**  
**Казанский государственный медицинский университет**  
**Научный руководитель – д.б.н., проф. Нигматуллина Р.Р.**

Актуальность: Серотонин оказывает влияние на развитие сердца в эмбриональном периоде и на его функционирование в постнатальном онтогенезе. Влияние серотонина на показатели инотропной функции сердца, такие как сила сокращения, длительность сокращения и длительность расслабления меняется с возрастом и существенно снижается у половозрелых животных (Нигматуллина и др., 2004). Имеется множество препаратов, способных изменить метаболизм серотонина, что может оказать влияние на развитие сердца в эмбриональном периоде онтогенеза. Однако отсутствуют работы, посвященные изучению влияния серотонина на показатели инотропной функции сердца в постнатальном онтогенезе крыс, у которых в эмбриональном периоде был изменен метаболизм серотонина. Цель работы: изучить влияние нарушения синтеза серотонина в эмбриональном периоде развития на показатели инотропной функции сердца и реакции ее показателей на серотонин у крыс одно-, двух- и трехнедельного возраста. Материалы и методы: самкам крыс с 9 дня беременности в течение 11 дней вводили блокатор фермента синтеза серотонина *p*-хлор-фенилаланин. У родившихся крысят, в 7-, 14- и 21-дневном возрасте исследовали показатели инотропной функции сердца и их реакцию на серотонин в концентрациях 0,1; 1,0, 10,0 ммоль. Результаты: Реакция левого желудочка сердца на серотонин в 1-недельном возрасте составляет  $108,5 \pm 3,86\%$  и значительно снижается до  $17,6 \pm 1,23\%$  к 2-недельному возрасту ( $p < 0,001$ ). У крыс 3-недельного возраста выявлено повышение реакции левого желудочка до  $60 \pm 10,28\%$ , что существенно меньше по сравнению с реакцией левого желудочка крысят 7-дневного возраста. Миокард правого желудочка 7-дневных крысят реагирует на серотонин увеличением силы сокращений на  $127,35 \pm 7,96\%$ , что существенно больше по сравнению с реакцией у крыс 14-дневного возраста, где она составляет  $83,77 \pm 15,9\%$  ( $p < 0,001$ ). Следовательно, миокард желудочков крысят 7-дневного возраста, у которых в эмбриональном периоде развития был изменен метаболизм серотонина, обладает повышенной реактивностью на серотонин. В постнатальном онтогенезе крыс выявлены закономерные изменения реакции амплитудных и временных параметров сокращения на воздействие серотонином.

### **ВЗАИМОСВЯЗЬ ГЕМОДИНАМИКИ И КОНЦЕНТРАЦИИ КАТЕХОЛАМИНОВ В КРОВИ У ПАЦИЕНТОВ С ДРОЖАТЕЛЬНОЙ И РИГИДНОЙ ФОРМАМИ БОЛЕЗНИ ПАРКИНСОНА**

**Кузьмина О.И.**  
**Казанский государственный медицинский университет**  
**Научный руководитель – д.б.н., проф. Нигматуллина Р.Р.**

Болезнь Паркинсона (БП) – нейродегенеративное заболевание, которое захватывает не только мозг, но и периферические органы и системы. В настоящее время диагноз БП ставится поздно, после нарушения механизмов регуляции и компенсации, поэтому необходима ранняя диагностика БП, для чего можно определять показатели гемодинамики и концентрацию катехоламинов в крови у пациентов.

Цель: выявить взаимосвязь гемодинамических показателей и концентрации катехоламинов в крови у пациентов с дрожательной и ригидной формами болезни Паркинсона.

Задачи: 1. выявить изменения гемодинамических показателей у пациентов с дрожательной и ригидной формами БП; 2. определить концентрации катехоламинов в крови пациентов с БП; 3. определить зависимость гемодинамики и концентрации катехоламинов с формой заболевания.

Методы: Для регистрации показателей гемодинамики использован метод тетраполярной реографии. Для определения выраженности симпатической дисфункции использована ортостатическая проба. Ее суть заключается в анализе изменений параметров кровообращения в ответ на переход тела из горизонтального в вертикальное положение. Для определения содержания катехоламинов использовался метод высокоэффективной жидкостной хроматографии с электрохимической детекцией (ВЭЖХ-ЭД).

Результаты: Обследованы пациенты с дрожательной и ригидной формами БП и группа контроля. Выявлено, что на начальной стадии БП показатели частоты сердечных сокращений (ЧСС) в покое выше по сравнению с группой контроля. Самая низкая реакция ЧСС на ортостатическую пробу у пациентов с дрожательной формой БП. Показатели ударного объема крови (УОК) у БП достоверно меньше по сравнению с контрольной группой. После перехода в положение стоя, межгрупповые различия по УОК не выявляются. У пациентов с БП по сравнению с контролем выявлено увеличение дофамина (ДА) в плазме крови, снижение уровня предшественника ДА – ДОФА и содержания метаболита ДА – 3,4-диоксифенилуксусной кислоты

(ДОФУК). Концентрация норадреналина у больных Паркинсоном снижена, а адреналина - увеличена по сравнению с контролем. Наблюдается зависимость от формы заболевания.

Следовательно, показатели гемодинамики и концентрация катехоламинов в крови зависят от формы заболевания, что может служить периферическими маркерами для ранней диагностики болезни Паркинсона.

#### **ЭФФЕКТ ИОНОВ РЕДКОЗЕМЕЛЬНЫХ МЕТАЛЛОВ НА ЭКЗАЦИТОЗ И ЭНДОЦИТОЗ СИНАПТИЧЕСКИХ ВЕЗИКУЛ В ДВИГАТЕЛЬНОМ НЕРВНОМ ОКОНЧАНИИ ХОЛОДНОКРОВНЫХ**

**Галимова Л.Ф., Плотникова А.В., Мавлиева А.Ф.**  
**Казанский государственный медицинский университет**  
**Научный руководитель – к.м.н., ст. преп. Григорьев П.Н.**

Известно, что ионы редкоземельных металлов ( $\text{La}^{3+}$ ,  $\text{Gd}^{3+}$  и др.) способны увеличивать спонтанную секрецию. Однако, остаются неизвестными как механизм увеличения секреции, так и способность данных ионов поддерживать эндоцитоз синаптических везикул. Эксперименты проведены на нервно-мышечных препаратах кожно-грудинной мышцы лягушки *Rana Ridibunda* в осенне-зимний период с использованием электрофизиологического (внутриклеточное микроэлектродное отведение постсинаптических сигналов) и оптического (флуоресцентная конфокальная микроскопия) подходов. При высокочастотном (20 имп/с) раздражении двигательного нерва регистрировались многоквантовые потенциалы концевой пластинки. Обнаружено, что добавление ионов  $\text{Gd}^{3+}$  (1мМ) приводило к быстрому и значительному росту частоты миниатюрных потенциалов концевой пластинки. Высокочастотное раздражение в присутствии FM 1-43 (5 мкМ) приводило появлению в двигательных нервных окончаниях ярко флуоресцирующих пятен, отражающих скопление везикул, прошедших экзо-эндоцитозный цикл и захвативших краситель. Добавление FM 1-43 в раствор, содержащий ионы  $\text{Gd}^{3+}$ , к появлению флуоресцирующих пятен не приводило. Экспозиция в содержащем ионы  $\text{Gd}^{3+}$  растворе препаратов, предварительно окрашенных FM 1-43 при высокочастотном раздражении, приводила к выбросу красителя и падению интенсивности свечения нервных терминалей. Можно думать, что ионы  $\text{Gd}^{3+}$  вызывают Са-независимый экзоцитоз и блокируют процессы эндоцитоза синаптических везикул. Исследование поддержано грантом РФФИ 14-04-01232-а.

#### **КРАТКОВРЕМЕННАЯ ПЛАСТИЧНОСТЬ В НЕРВНО-МЫШЕЧНОМ СИНАПСЕ ЛЯГУШКИ: АФК**

**Гарифуллина Ю.Н., Акулов А.В.**  
**Казанский государственный медицинский университет**  
**Научный руководитель – к.б.н., ст. преп. кафедры Гиниатуллин А.Р.**

Одна из самых долгоживущих мембранно-проникающих активных форм кислорода (АФК)  $\text{H}_2\text{O}_2$ , постоянно образуется в области нервно-мышечного синапса при активации пресинаптических  $\text{P2Y}_{12}$  рецепторов. Ранее в экспериментах на изолированных нервно-мышечных препаратах портняжных мышц лягушек (*Rana Ridibunda*) было показано, что  $\text{H}_2\text{O}_2$  в концентрации 3 и 10мкМоль/л, достоверно уменьшает выраженность фасилитации – облегчения секреции медиатора при парной стимуляции, по сравнению с контролем. В продолжение исследований в условиях двух-электродной фиксации мембранного потенциала мышечных волокон с использованием стеклянных микроэлектродов (протокол парной стимуляции двигательного нерва с различными межимпульсными интервалами ( $\Delta t=5,7,10,20,50,100,200,300,500$  мс), было показано, что прооксидант  $\text{FeSO}_4$  (100мкМоль/л) и L-бутионин сульфоксмин (130мкМоль/л) – снижающий уровень глутатиона клетки, достоверно уменьшали выраженность фасилитации. Инкубация нервно-мышечных препаратов в растворе Рингера содержащим паракват дихлорид (50-100мкМ), также приводила к снижению выраженность фасилитации в парах. В основе биохимических изменений, возникающих под влиянием параквата, лежит катализируемая или одноэлектронная окислительно-восстановительная реакция, приводящая к истощению клеточного НАДФН /глутатиона и образованию потенциально токсичных форм кислорода (супероксидный радикал). Ведущая роль в механизме токсического действия параквата принадлежит пероксидации биомолекул (в первую очередь липидов). Антиоксиданты каталаза, а так же ПЭГ каталаза (мембранно-проникающая форма фермента разрушающего эндогенную  $\text{H}_2\text{O}_2$ ), не меняли или слегка увеличивали фасилитацию в парах. На основании результатов, полученных в данном исследовании, можно предположить, что эндогенная  $\text{H}_2\text{O}_2$ , в низких, физиологических, концентрациях снижает выраженность феномена фасилитации. Работа поддержана грантами РФФИ № 13-04-00106-а и 12-04-33195 мол\_а\_вед.

#### **ВЛИЯНИЕ БЛОКАТОРОВ P2-РЕЦЕПТОРОВ НА КОГНИТИВНЫЕ ФУНКЦИИ МЫШЕЙ**

**Ясиева М.Р.**  
**Казанский государственный медицинский университет**  
**Научный руководитель – д.м.н., доц. Рагинов И.С., к.м.н., доц. Мухамедьяров М.А.**

Исследование проведено на 24 здоровых лабораторных мышах. На протяжении 30 дней ежедневно 9 животным вводили Reactive Blue 2 (неселективный блокатор  $\text{P2Y}$ -рецепторов) (30 мг/кг, в/бр), 9 мышам — PPADS (неселективный блокатор  $\text{P2X}$ -рецепторов) (15 мг/кг, в/бр) и 6 животным — физиологический р-р в эквивалентном объеме (контроль).

Через 60 мин после инъекции оценивали двигательную и исследовательскую активность в «открытом поле», ориентировочно-исследовательскую активность на крестообразном лабиринте и обучаемость на Т-лабиринте. На 30-й день эксперимента, животных усыпляли передозировкой наркоза и выделяли гиппокамп, в котором иммуногистохимически исследовали экспрессию  $\text{P2Y}_1$ -рецепторов. Полученные результаты обрабатывали с помощью программы Origin 7.5.

Под влиянием Reactive Blue 2 достоверно снижается двигательная активность и обучаемость по сравнению с контролем. При введении PPADS по сравнению с контролем увеличивается обучаемость мышей и не изменяется двигательная активность. Также на фоне введения PPADS количество  $\text{P2Y}_1$ (позитивных)-астроцитов в гиппокампе больше, чем под влиянием Reactive Blue 2 и у контрольных мышей. Полученные данные указывают на перспективность исследований блокаторов  $\text{P2X}$ -рецепторов и агонистов  $\text{P2Y}$ -рецепторов для лечения заболеваний, связанных с нарушением когнитивных функций.

## **МЕМБРАННЫЙ ХОЛЕСТЕРИН В СПОНТАННОМ ЭКЗОЦИТОЗЕ. РОЛЬ АФК И КАЛЬЦИЯ**

**Петров А.М.**

**Казанский государственный медицинский университет  
Научный руководитель – д.м.н., проф. Зефилов А.Л.**

С использованием электрофизиологических и оптических методов исследовались механизмы стимулирующего эффекта истощения мембранного холестерина с помощью 10 мМ метил-бета-циклодекстрина (МЦД) на спонтанную секрецию медиатора и экзоцитоз синаптических везикул в двигательных нервных окончаниях лягушки. Оказалось, что удаление холестерина вызывает усиление продукции активных форм кислорода (АФК), которое предотвращается на фоне антиоксиданта N-ацетилцистеина и ингибирования мембранного фермента НАДФН-оксидазы апоцинином. Увеличение уровня АФК наблюдается как во вне-, так и внутриклеточной среде и сопряжено с процессом окисления липидов в синаптической области. Истощение мембранного холестерина вызывает увеличение внутриклеточной концентрации ионов  $Ca^{2+}$ , которое предотвращается антиоксидантом, а также рутением красным и капзазепином, ингибирующими TRPV каналы. При этом блокатор освобождения кальция из внутриклеточных депо (ТМВ8) не предотвращал вызванное МЦД повышение цитоплазматического кальция. Антиоксидант, хелатирование внутриклеточного кальция (BAPTA-AM) и блокирование TRPV каналов существенно ослабляли эффекты МЦД на спонтанную секрецию и экзоцитоз. Блокада кальциневрина циклоспорином А уменьшала воздействие истощения холестерина на экзоцитоз. При этом блокада фосфатаз PP1 и PP2A омега-аминовой кислотой не изменяла эффектов МЦД. Сделано предположение, что одним из эффектов удаления мембранного холестерина является усиление продукции НАДФН-оксидазой АФК, которые в свою очередь, активируя TRPV каналы, увеличивают приток ионов  $Ca^{2+}$  в цитозоль. Кальций, активируя кальциневрин, способствует усилению спонтанного экзоцитоза. Работа поддержана грантами РФФИ №11-04-00094-а и МК-108.2013.4.

## **УЧАСТИЕ $\beta_2$ / $\beta_3$ -АДРЕНорецепторов ПРЕДСЕРДИЙ МЫШИ В ПОЛОЖИТЕЛЬНОЙ ИНОТРОПНОЙ РЕАКЦИИ НА НОРАДРЕНАЛИН**

**Мартынов А.В., Одношвикина Ю.Г., Петров А.М.**

**Казанский государственный медицинский университет  
Научный руководитель – д.м.н., проф. Зефилов А.Л.**

Катехоловые амины управляют деятельностью сердца при помощи связи с адренорецепторами. В сердце экспрессируются все варианты  $\beta$ -адренорецепторов ( $\beta_1, \beta_2, \beta_3$  типы). Основное значение в регуляции сократимости сердца играют  $\beta_1$  подтип. Однако мало исследованным вопросом остается то, какую роль играют  $\beta_2$  и  $\beta_3$  рецепторы в сократительной реакции на катехоловые амины в предсердиях. В отличие от  $\beta_1$  адренорецепторов,  $\beta_2$  и  $\beta_3$  подтипы способны активировать Gi белок, который может угнетать силу сокращений, влияя на аденилатциклазный каскад и стимулируя продукцию NO. Также стимуляция  $\beta_2$ - и  $\beta_3$ -адренорецепторов может воздействовать на другие сигнальные молекулы (аррестины). В нашей работе, выполненной на изолированных препаратах предсердий белых мышей, исследовалась инотропная реакция на норадреналин (20 мин, 10 мкМ) в контроле и в присутствии антагониста  $\beta_2$ -адренорецепторов (ICI118551, 100 нМ) или антагониста  $\beta_3$ -адренорецепторов (SR59230A, 50 мкМ). Было показано, что ингибирование  $\beta_2$ -адренорецепторов селективным антагонистом ведет к значительному снижению продолжительности положительной инотропной реакции, вызванной норадреналином в предсердиях мыши. При этом абсолютное увеличение силы сокращений при ингибировании  $\beta_2$ -адренорецепторов не отличается от контроля. Блокирование  $\beta_3$ -адренорецепторов также ведет к уменьшению длительности периода, в течение которого амплитуда сокращений в ответ на аппликацию норадреналина поддерживается на повышенном уровне. Таким образом, можно предположить, что активация  $\beta_2$ - и  $\beta_3$ -адренорецепторов увеличивает продолжительность инотропной реакции на норадреналин. Механизм обнаруженного феномена требует дальнейшего исследования и может быть связан с увеличением продукции NO при активации  $\beta_2$ - и  $\beta_3$ -адренорецепторов в предсердиях, поскольку этот «сигнальный» газ может угнетать феномен десенситизации рецепторов. Работа поддержана грантами РФФИ №13-04-97110 р\_поволжье\_а.

## **РОЛЬ ПЕРОКСИДА ВОДОРОДА В ИНОТРОПНОМ ЭФФЕКТЕ БЕТА-2-АДРЕНорецепторов**

**Одношвикина Ю.Г., Петров А. М.**

**Казанский государственный медицинский университет  
Научный руководитель – д.м.н., проф. Зефилов А.Л.**

В исследованиях последних лет получены свидетельства об усилении образования активных форм кислорода (АФК) в кардиомиоцитах при активации бета-2-адренорецепторов. Однако роль АФК в бета2-адренэргической регуляции инотропной функции сердца не ясна. Основной формой АФК, присутствующей в физиологических условиях в клетке, является пероксид водорода.

Целью представленной работы было исследовать вклад пероксида водорода ( $H_2O_2$ ) в положительную инотропную реакцию предсердий на 3-минутную аппликацию фенотерола - агониста бета-2-адренорецепторов. Сократительную активность изолированных предсердий регистрировали на тензометрической установке.

Для того чтобы определить значение  $H_2O_2$  в инотропной реакции в ответ на фенотерол применяли ферменты каталазы, гидролизующие пероксид водорода до воды и кислорода. Применялись две формы каталазы – обычная и PEG-каталаза, проникающая через мембрану. В течение предварительной часовой обработки каталазами сила сокращений уменьшалась до  $80 \pm 4\%$  к 20 мин, а затем возвращалась к исходному значению. В случае применения обычной и мембранопроникающей каталазы амплитуда сокращений под влиянием фенотерола увеличивалась до  $150 \pm 4\%$  и  $140 \pm 3\%$ , соответственно (в контроле увеличение составило  $180 \pm 5\%$ ).

Добавление 30 мкМ  $H_2O_2$  изменяло силу сокращения предсердий и вызвало увеличение силы сокращений до  $148 \pm 4\%$ . Этот положительный инотропный эффект инвертировался на фоне блокады рианодиновых рецепторов (2 мкМ рутения красного). При этом амплитуда сокращений падала до  $60 \pm 3\%$  к 5 мин и до  $40 \pm 4\%$  к концу эксперимента. При блокировании потенциал-зависимых  $Ca^{2+}$ -каналов L-типа (10 мкМ нифедипина) положительный инотропный эффект 30 мкМ  $H_2O_2$  также снижался и достигал  $60 \pm 4\%$  к концу эксперимента.

Таким образом, можно предположить, что активация бета-2-адренорецепторов стимулирует повышение продукции пероксида водорода, который усиливает активность рианодиновых рецепторов, облегчая выход ионов  $Ca^{2+}$  из СПР и потенциал-зависимых  $Ca^{2+}$ -каналов L-типа, способствуя увеличению силы сокращений. Причем для обеспечения положительной инотропной

реакции важен и внутриклеточный и внеклеточный пероксид водорода. Работа поддержана грантами РФФИ №14-04-00312-а и МК-108.2013.4.

### **ЭКЗОГЕННАЯ АТФ ВЫЗЫВАЕТ УВЕЛИЧЕНИЕ КОЛИЧЕСТВА ВНЕКЛЕТОЧНОЙ H<sub>2</sub>O<sub>2</sub> И ПЕРЕКИСНОЕ ОКИСЛЕНИЕ ЛИПИДОВ МЕМБРАНЫ ДВИГАТЕЛЬНОГО НЕРВНОГО ОКОНЧАНИЯ**

**Гиниатуллин А.Р., Петров А.М.**  
**Казанский государственный медицинский университет**  
**Научный руководитель – д.м.н., проф. Зефирова А.Л.**

Ранее в экспериментах на изолированных нервно-мышечных препаратах портняжных мышц лягушек (*Rana Ridibunda*) было показано, что активация P2Y<sub>12</sub> рецепторов нервного окончания внеклеточной АТФ (100мкМоль/л) вызывает обратимое снижение амплитуды постсинаптических ответов, понижая уровень секреции медиатора. Эффект был ослаблен ровно на половину предварительной аппликацией ряда специфических и неспецифических антиоксидантов, что указывало на участие в реализации этого эффекта эндогенных активных форм кислорода (АФК), таких как перекись водорода (H<sub>2</sub>O<sub>2</sub>). В продолжение исследований были проведены эксперименты с применением флуоресцентных методик анализа и специфических высоко чувствительных флуоресцентных меток для определения и количественной оценки внеклеточной H<sub>2</sub>O<sub>2</sub> - Amplex Red H<sub>2</sub>O<sub>2</sub> assay kit (Invitrogen), а так же продуктов перекисного окисления липидов мембраны клетки - Image IT (Invitrogen), в контроле и при аппликации АТФ. Предварительное построение калибровочной кривой с использованием известных концентраций H<sub>2</sub>O<sub>2</sub> в растворах Рингера, позволило количественно оценить уровень постоянно образующейся H<sub>2</sub>O<sub>2</sub>. Оказалось, что в контроле во внеклеточном пространстве высвобождается  $6.5 \pm 2$  мкМоль/л H<sub>2</sub>O<sub>2</sub> (n=4). При аппликации АТФ (100мкМоль/л), количество образующейся H<sub>2</sub>O<sub>2</sub> увеличивается. Так уровень внеклеточной H<sub>2</sub>O<sub>2</sub>, достоверно повышался и составлял  $20 \pm 3$  мкМоль/л (n=4, p<0.05). Использование флуоресцентного набора для детекции продуктов перекисного окисления липидов позволило обнаружить повышение интенсивности флуоресценции используемой метки, что свидетельствовало об увеличении продуктов перекисного окисления липидов в мембране нервного окончания при аппликации пурина. При этом этот эффект устранялся неспецифическим блокатором P2Y рецепторов сурамином (100мкМоль/л). Эти результаты согласуются с ранее полученными нами, данными о том, что АТФ увеличивает количество АФК, а источником внеклеточных АФК может выступать мембраносвязанная НАДФН оксидаза нервного окончания. Работа поддержана грантами РФФИ № 13-04-00106-а и 12-04-33195 мол\_а\_вед.

### **ВЛИЯНИЕ НАЛИЧИЯ СКОЛИОЗА И ВЕЛИЧИНЫ НАГРУЗОЧНОГО РЕЖИМА НА СТЕПЕНЬ УПЛОЩЕННОСТИ СВОДА СТОПЫ ШКОЛЬНИКОВ**

**Тютрюмова Д.В.**  
**Гомельский государственный медицинский университет**  
**Научный руководитель – к.б.н., доц. Евтухова Л.А.**

На сегодняшний день статистические деформации стоп занимают значительное место среди отклонений в состоянии здоровья и физического развития детей, подростков и молодежи.

Целью исследования было изучение связи между изменением свода стопы и развитием нарушений осанки.

В работе был использован метод плантографии, которая осуществлялась трех нагрузочных режимах: 0%, 50% и 100% от массы собственного тела на одну стопу.

Экспериментальная часть работы проводилась на базе ГОДЦМР "Живица" летом 2013 года. Было получено 60 плантограмм школьников.

Был проведен статистический анализ изменения уплощенности свода стопы при различной нагрузке. При нулевой нагрузке среднее значение исследуемого показателя составило  $31,05 \pm 0,85$  при стандартном отклонении 6,63 для девочек, и  $35,61 \pm 1,09$  при стандартном отклонении 8,76 у мальчиков. Увеличение нагрузки до 100% определило повышение параметра уплощения стопы до  $41,23 \pm 1,34$  при стандартном отклонении 10,44 у девочек и до  $49,81 \pm 1,53$  при стандартном отклонении 12,22 у мальчиков.

Двухфакторный дисперсионный анализ показал, что наличие сколиоза у девочек и величина нагрузки достоверно влияют на показатель уплощенности свода стопы как по отдельности (критерий Фишера составил 35,9 и 17,2 соответственно при уровне значимости менее 0,01), так и при совместном воздействии этих двух факторов (критерий Фишера 0,51 при уровне значимости 0,6).

Так же наличие сколиоза у мальчиков и величина нагрузки достоверно влияют на показатель уплощенности свода стопы как по отдельности (критерий Фишера 2807,80 и 6,74 соответственно при уровне значимости менее 0,01), так и при совместном воздействии этих двух факторов (критерий Фишера 26,23 при уровне значимости менее 0,01).

Таким образом, мы можем видеть, что при уплощении свода стопы теряется ее амортизационные свойства, в результате чего ударная волна при ходьбе распространяется вверх по скелету приводя к ослаблению мышц позвоночника и нарушению осанки.

### **ОЦЕНКА ВАРИАБЕЛЬНОСТИ РИТМА СЕРДЦА СТУДЕНТОВ ПГМА**

**Конищев Д.В., Паршуков А.С.**  
**Пермская государственная медицинская академия**  
**Научные руководители – к.м.н., доц. Соломатина Н.В., к.б.н., доц. Тютюнщикова В.Д.**

Цель работы – оценить текущее функциональное состояния студентов второго курса ПГМА.

Материалы и методы: были обследованы 13 юношей и 7 девушек в возрасте от 17 до 24 лет. Регистрация электрокардиограммы производилась в утренние часы в состоянии покоя и при проведении ортостатической пробы. Регистрация и математический анализ вариабельности сердечного ритма (ВСР) осуществляли на аппаратно-программном комплексе «Поли-Спектр-8» с программным обеспечением «Поли-Спектр-Ритм» компании «НейроСофт». Методика записи ЭКГ и математический анализ ВСР проводились в соответствии с Международным стандартом 1996 г. Анализировались следующие показатели:

1) Длительность интервалов R-R. 2) Высокочастотные колебания (HF) Мощность в этом диапазоне в основном связана с дыхательными волнами. 3) Низкочастотные колебания (LF). Эта часть спектра имеет смешанное происхождение. 4) Сверхнизкочастотные колебания (VLF) отражают гуморально-метаболические и церебральные эрготропные влияния.

5) Отношение LF/HF характеризует баланс симпатических и парасимпатических влияний. 6) Общая мощность спектра (TP) отражает суммарную активность вегетативного компонента.

Статистическая обработка результатов проводилась при помощи компьютерной программы OpenOffice 3.11.

У обследованных студентов преобладает симпатикотонический тип регуляции. При проведении ортостатической пробы выявлено резкое снижение общей мощности спектра, что свидетельствует о напряженности функционирующих систем регуляции. Баланс механизмов расхода и восстановления энергии в организме  $HF > LF$  свидетельствует о низком уровне восстановительных процессов и значительной усталости испытуемых. А при интерпретации данных ортостатической пробы баланс смещается в сторону  $LF > HF$  с преобладанием процессов истощения. Коэффициент  $LF/HF \sim 2$  отражает чрезмерную мобилизацию ресурсов.

Выводы:

1. У студентов 2 курса ПГМА наблюдается преобладание симпатических влияний в регуляции сердечного ритма.
2. В процессе учебной деятельности происходит истощение резервов организма.
3. ВСР является методом, позволяющим оценить текущее функциональное состояние.

## **ОСОБЕННОСТИ РАЗВИТИЯ УТОМЛЕНИЯ МЫШЦ ПРИ СТАТИЧЕСКИХ НАГРУЗКАХ У ЛИЦ, ЗАНИМАЮЩИХСЯ И НЕ ЗАНИМАЮЩИХСЯ СПОРТОМ**

**Шестакова А.В.**

**Пермская государственная медицинская академия**

**Научный руководитель – к.м.н., доц. Соломатина Н.В., к.б.н., доц. Тютюнщикова В.Д.**

Цели исследования. Оценить электрическую активность мышц при развитии утомления в процессе выполнения статической нагрузки у лиц, занимающихся и не занимающихся спортом.

Задачи исследования: сравнить амплитудно-частотные характеристики электромиограмм (ЭМГ) при статических нагрузках у лиц, занимающихся и не занимающихся силовыми видами спорта; оценить влияние занятий силовыми видами спорта на развитие утомления мышц при статической нагрузке.

Материалы и методы: Обследованы юноши 1 и 2 курсов в возрасте 18-20 лет занимающиеся и не занимающиеся силовыми видами спорта. Каждые 10 секунд регистрировали ЭМГ мышц сгибателей предплечья при выполнении статической нагрузки (удержание 50% максимальной произвольной силы до отказа).

Результаты исследований. Частота ЭМГ в первые 10 секунд выполнения статической нагрузки у нетренированных студентов равнялась  $30,0 \pm 1,7$  Гц, у тренированных  $21,0 \pm 1,2$  Гц. Это свидетельствует о том, что для выполнения заданного статического усилия у нетренированных студентов требуется большее напряжение центрального генератора сигнала, чем у студентов, занимающихся силовыми видами спорта. На 50 секунде выполнения статической нагрузки частота ЭМГ у тренированных студентов не изменялась, у нетренированных снижалась на 50%, что свидетельствует, прежде всего, об утомлении нервных центров. К 50 секунде средняя амплитуда ЭМГ у тренированных студентов увеличилась на 40%, а у нетренированных на 61%. Т.е., для поддержания заданного усилия, у нетренированных по мере развития утомления необходимо активировать большее количество мышечных волокон, чем в начале.

Выводы. Занятия силовыми видами спорта повышают статическую выносливость мышц за счет экономизации физиологических затрат на поддержание заданного усилия.

## **ВЛИЯНИЕ ТИРЕОИДНОГО СТАТУСА НА ЛИЗОСОМАЛЬНУЮ ДИСФУНКЦИЮ ПРИ СТРЕССЕ**

**Гусакова Е.А.**

**Витебский государственный медицинский университет**

**Научный руководитель – д.м.н., проф. Городецкая И.В.**

Одной из причин гибели клеток при стрессе является повышение проницаемости лизосомальных мембран. Доказана антистрессорная роль йодсодержащих тиреоидных гормонов, однако их значение в изменении функциональной активности лизосом не исследовалось. Цель – установить влияние тиреоидного статуса на проницаемость лизосомальных мембран при стрессе. Проницаемость мембран лизосом клеток печени оценивали по относительной свободной активности катепсина Д. В опытах 312 крысах-самцах установлено, что стадия тревоги стресс-реакции (через 1 час после стресса «свободного плавания в клетке») характеризуется повышением относительной свободной активности катепсина Д на 26%, свидетельствующем о увеличении проницаемости мембран лизосом и развитии лизосомальной дисфункции; стадия устойчивости (через 48 часов после стресса) – тенденцией к снижению относительной свободной активности катепсина Д, которая была выше только на 14%, т.е. отмечается стабилизация лизосомальных мембран и нормализация их функции; стадия истощения (стресс по 1 часу в течение 10 суток) – значительным ростом относительной свободной активности катепсина Д на 42%, что приводит к наибольшему повреждению лизосомальной функции. Экспериментальный гипотиреоз (25 мг/кг, 20 суток), per se определяющий увеличение относительной свободной активности катепсина Д на 8%, т.е. снижение стабильности мембран лизосом и развитие лизосомальной дисфункции, определяет более значительное, чем при стрессе у эутиреоидных крыс, повышение относительной свободной активности катепсина Д на всех стадиях стресс-реакции (на 32, на 26 и 63% соответственно) и нарушение функции лизосом. Введение L-тироксина (1,5 – 3,0 мкг/кг, 28 суток), само по себе приводит к снижению относительной свободной активности катепсина Д на 6% и стабилизации лизосомальных мембран, в стадию тревоги и истощения минимизирует увеличение относительной свободной активности катепсина Д, (которая возрастала только на 14 и 22%) и, следовательно, проницаемости мембран лизосом и обеспечивает сохранение лизосомальной функции, в стадию резистентности – устраняет повышение относительной свободной активности катепсина Д, т.е. стабилизирует лизосомальные мембраны и полностью восстанавливает функцию лизосом.

## **АНТИОКСИДАНТНАЯ КОРРЕКЦИЯ ПРИ ОТРАВЛЕНИИ САМОК ПОЛИХЛОРИРОВАННЫМИ БИФЕНИЛАМИ, А ТАКЖЕ АНАЛИЗ СОМАТИЧЕСКОГО И СЕНСОМОТОРНОГО РАЗВИТИЯ ПОТОМСТВА В ПЕРВОМ И ВТОРОМ ПОКОЛЕНИИ**

**Каширина Е.П., Сахаров В.И.**

**Башкирский государственный медицинский университет**

**Научный руководитель – к.м.н., доц. Великомолова Ю.Б.**

Полихлорированные бифенилы (ПХБ) относятся к группе стойких органических загрязнителей (СОЗ), являются универсальным клеточным ядом. Они обладают тератогенным, эмбриотоксическим действием, способны к биоаккумуляции.



Цель: исследование влияния антиоксидантов на состояние самок крыс при отравлении ПХБ, изучение соматического и сенсомоторного развития их потомства.

Работа проведена на белых беспородных крысах. Самки были разделены на экспериментальную и контрольную группы. Экспериментальной и контрольной группам смесь ПХБ вводилась внутривенно в дозе 1/40 ЛД50 в течение 28 дней, далее проводилась антиоксидантная коррекция у экспериментальной группы. У крыс обеих групп анализировалось исследовательское поведение в тесте «открытое поле», омега-потенциал, проводилось измерение ЭКГ. В качестве антиоксидантов использовались следующие препараты: метионин, витамин С, витамин С+Е, янтарная кислота, в дозах проявляющих наибольшие антиоксидантные свойства. После восстановительного периода обе группы самок спаривались с самцами, позже оценивалось соматическое и сенсомоторное развитие крысят, родившихся в первом и во втором поколении.

При введении ПХБ у крыс контрольной группы наблюдается угнетение исследовательского поведения, что проявляется в достоверном снижении горизонтальной и вертикальной активности, частоты и длительности груминга, снижении показателей омегаметрии, появляются различные нарушения сердечной деятельности. Соматическое развитие крысят, рожденных от самок контрольной группы происходило медленнее. Во втором поколении наблюдался высокий показатель смертности потомства равный 80%, наблюдались многочисленные врожденные уродства, такие как инверсия органов у 50% умерших крысят. При проведении антиоксидантной коррекции наблюдались следующие явления: снижение двигательной активности в еще большей степени, изменение омега потенциала, это проявлялось в достоверном снижении всех исследуемых параметров, крысы были бесплодными.

Таким образом, экспериментально доказано, что введение ПХБ в малых дозах негативно влияет на ориентировочно-исследовательское поведение, репродуктивную функцию самок крыс, а также на соматическое и сенсомоторное развитие их потомства. Проведение антиоксидантной коррекции еще больше угнетает состояние экспериментальной группы крыс.

### **ОБРАБОТКА ПОЛИПРОПИЛЕНОВЫХ СЕТЧАТЫХ ИМПЛАНТАТОВ КСЕНОГЕННОЙ ЦЕРЕБРОСПИНАЛЬНОЙ ЖИДКОСТЬЮ ДЛЯ УМЕНЬШЕНИЯ ЛОКАЛЬНОГО ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА**

**Журавель Е.А., Асанова З.В., Хатилов А.С.**

**Крымский государственный медицинский университет имени С. И. Георгиевского  
Научные руководители – д.м.н., проф. Пикалюк В.С., д.м.н., доц. Гривенко С.Г.**

Использование синтетических материалов с применением не натяжных способов пластики совершили переворот в герниологии. На сегодняшний день «золотым стандартом» являются полипропиленовые сетчатые протезы. Но недостатком любого синтетического материала, является проявление локального воспалительного процесса, возникающего в ответ на имплантацию в организм чужеродного материала. Цель - экспериментально обосновать обработку полипропиленовых имплантатов ксеногенной цереброспинальной жидкостью (КЦСЖ) для уменьшения воспалительной реакции окружающих тканей. Материалы и методы. В эксперименте было прооперировано 24 самца белых крыс линии Вистар, которым под эфирным наркозом в ткани передней брюшной стенки был имплантирован полипропиленовый сетчатый эндопротез Alfa Vita 90. Материал фиксировали к тканям передней брюшной стенки капроновой лигатурой. Исследование проводили с делением крыс на контрольную и подопытную группы. В подопытной группе имплантат был обработан КЦСЖ. Крысы в течение 28 суток после операции находились под наблюдением. На 7-е, 14-е, 21-е и 28-е сутки крыс выводили из эксперимента для получения биоматериала для гистологического исследования. Фрагменты передней брюшной стенки фиксировали в 10% растворе формалина и залили в парафин. Срезы изготовленные на микротоме окрасили гематоксилином и эозином и микроскопировали под малым (10х) и большим (40х) увеличением. Так же было проведено морфометрическое исследование. Результаты исследований. Гистологическое исследование показало, что у крыс из контрольной группы местная воспалительная реакция выражена сильнее, чем в подопытной. У крыс из подопытной группы воспалительный процесс протекал с минимальной лейкоцитарной инфильтрацией в очаге воспаления. Основываясь на данных морфометрии, установлено, что толщина воспалительного вала во всех сроках максимальная в контрольной группе, а минимальная толщина воспалительного вала во всех сроках наблюдается в подопытной группе. Вывод. На основании полученных результатов можно констатировать, что обработка полипропиленовых сетчатых эндопротезов КЦСЖ способствует возникновению менее выраженной воспалительной реакции, и, как следствие, меньшему риску возникновения осложнений в послеоперационном периоде.

### **ГЕННО-КЛЕТОЧНАЯ ТЕРАПИЯ МЫШЕЙ С МОДЕЛЬЮ БОКОВОГО АМИОТРОФИЧЕСКОГО СКЛЕРОЗА ГЕНЕТИЧЕСКИ МОДИФИЦИРОВАННЫМИ МОНОНУКЛЕАРНЫМИ КЛЕТКАМИ ЧЕЛОВЕКА, СВЕРХЭКСПРЕССИРУЮЩИМИ НЕЙРОНАЛЬНУЮ МОЛЕКУЛУ АДГЕЗИИ (NCAM) И ГЛИАЛЬНЫЙ НЕЙРОТРОФИЧЕСКИЙ ФАКТОР (GDNF)**

**А.А. Измайлов, З.З. Сафиуллов, В.Ю. Федотова, Е.Е. Черенкова**

**Казанский государственный медицинский университет**

**Научные руководители – д.м.н., проф. Р.Р. Исламов, д.б.н., доц. А.А. Ризванов**

Поддержание жизни нейронов, вступивших в патологический процесс, с помощью нейротрофических факторов и факторов роста может повысить качество и продолжительность жизни больных с нейродегенеративными заболеваниями.

Целью нашего исследования явился анализ эффективности генно-клеточной терапии у трансгенных мышей G93A с фенотипом бокового амиотрофического склероза, основанной на генетически модифицированных моноклеарных клетках пуповинной крови человека (МКПК), трансдуцированных двумя рекомбинантными аденовирусами, экспрессирующими гены нейротрофического фактора, полученного из клеток глии (Ad-GDNF) и нейрональной молекулы клеточной адгезии (Ad-NCAM1).

Генетически модифицированные клетки получены на основе МКПК и рекомбинантных аденовирусов с генами зеленого флуоресцентного белка (Ad-GFP), глиального нейротрофического фактора, (Ad-GDNF) и нейрональной молекулы клеточной адгезии (Ad-NCAM). Генно-клеточную конструкцию испытывали на трансгенных мышях G93A с моделью БАС. Подопытные мыши были разделены на 4 группы. Первой группе (n=7) были трансплантированы генетически модифицированные МКПК, трансдуцированные аденовирусными векторами Ad-NCAM+Ad-GDNF. Второй группе (n=12) - Ad-GFP, третьей группе (n=6) - Ad-GDNF. Четвертой (n=11), контрольной группе - физиологический раствор. Трансплантация была проведена на 27-ой неделе жизни, путём инъекции в ретроорбитальное пространство  $2 \times 10^6$  генетически модифицированных МКПК в объеме 100 мкл. Анализ эффективности терапии проводился на основе поведенческих тестов "открытое поле" и «сила хватки».

На 13 недели после трансплантации горизонтальная активность снизилась до 54% в группе Ad-NCAM+Ad-GDNF, до 13% - Ad-GFP, до 49% - Ad-GDNF, до 10% в контрольной группе, сила хватки уменьшилась до 18%, 3%, 15% и 5% соответственно. На 14 недели в группе Ad-NCAM+Ad-GDNF в живых осталось 57% мышей, в Ad-GFP – 18%, в Ad-GDNF - 33%, и в контрольной группе - 0%.

Полученные данные позволяют предположить, что генно-клеточная терапия, основанная на генетически модифицированных МКПК человека, трансдуцированных двумя рекомбинантными аденовирусами Ad-NCAM и Ad-GDNF, лучше терапии, основанной на генетически модифицированных МКПК человека, трансдуцированных одним рекомбинантным аденовирусом.

### **ИММУНОГИСТОХИМИЧЕСКОЕ ИЗУЧЕНИЕ ИММУНОЭКСПРЕССИИ БЕЛКОВ СИНАПТИЧЕСКОЙ ПЕРЕДАЧИ (SYNAPTOPHYSIN И PSD95) В МОТОНЕЙРОНАХ ПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛА СПИННОГО МОЗГА МЫШИ C57BLACK/6 ПОСЛЕ 30-СУТОЧНОГО КОСМИЧЕСКОГО ПОЛЕТА**

**Соколов М.Е.**

<sup>1</sup> Казанский государственный медицинский университет

<sup>1,2</sup> Казанский институт биохимии и биофизики КазНЦ РАН

Научный руководитель – к.м.н., доц. Резвяков П.Н.<sup>1</sup>, асс. Тяпкина О.В.<sup>1,2</sup>

В настоящем исследовании для установления механизмов развития гипогравитационного двигательного синдрома изучена иммуноэкспрессия белков синаптической передачи (Synaptophysin и PSD95) в мотонейронах поясничного отдела спинного мозга у контрольных мышей c57black/6 (n=2) и мышей c57black/6 после 30-суточного космического полета (n=2).

Для количественной оценки содержания белков-мишеней в мотонейронах криостатные поперечные срезы поясничного отдела спинного мозга подвергали иммуногистохимическому окрашиванию. Первичные антитела против Synaptophysin и PSD95 (Abcam plc, UK) выявляли стрептавидин-биотиновым методом. Изображения микропрепаратов получали на микроскопе OlympusBX51WI с помощью камеры AxioCamMRm (CarlZeiss, Германия) и программы AxioVisionRel. 4.6.3. (CarlZeiss, Германия). Оцифрованные препараты анализировали с помощью программы ImageJ 1.43 (NIH, США). Количественное содержание белка оценивали по уровню плотности иммунопреципитата.

Результаты исследования. После космического полета происходит снижение уровня иммуноэкспрессии белков пресинаптической мембраны — синаптофизина — на 21% и постсинаптической области — PSD95 на 55%.

Полученные данные свидетельствуют о возможном изменении функционального состояния (синаптическая активность) мотонейронов поясничного отдела спинного мозга у мышей после космического полета. Таким образом, нами получены новые данные о вовлечении мотонейронов, иннервирующих скелетные мышцы, в развитии гипогравитационного двигательного синдрома.

### **ИЗУЧЕНИЕ ИММУНОЭКСПРЕССИИ МАРКЕРА ОЛИГОДЕНДРОЦИТОВ (OSP) В ЛЮМБАЛЬНОМ ОТДЕЛЕ СПИННОГО МОЗГА МЫШИ В УСЛОВИЯХ МОДЕЛИРОВАНИЯ ГИПОГРАВИТАЦИИ НА ЗЕМЛЕ.**

**Соколов М.Е.**

<sup>1</sup> Казанский государственный медицинский университет

<sup>1,2</sup> Казанский институт биохимии и биофизики КазНЦ РАН

Научный руководитель – к.м.н., доц. Резвяков П.Н.<sup>1</sup>, асс. Тяпкина О.В.<sup>1,2</sup>

В условиях невесомости многие биологические процессы протекают иначе, чем на Земле и остаются малоизученными. Известно, что при длительном отсутствии гравитации в организме возникают определенные изменения, приводящие к отклонениям от функциональной нормы со стороны различных органов и систем организма. Одним из проявлений является развитие гипогравитационного двигательного синдрома. Несмотря на большой опыт полетов в космос, влияние гипогравитации на гистохимические и морфологические характеристики клеток спинного мозга, напрямую контролирующих морфофункциональные характеристики скелетных мышц, остается малоизученным.

Материалы и методы. Исследование проводили на половозрелых мышках-самцах c57black/6 массой 25 г. У животных (экспериментальная группа, n=5) моделировали гипогравитацию методом антиортостатического вывешивания нижних конечностей в течение 30 суток. В качестве контроля использовали интактных мышей той же породы (n=5). Животных наркотизировали, перфузировали холодным фосфатно-солевым буфером (pH 7,4), затем – холодным 4% раствором параформальдегида (pH 7,4). На криотомных срезах толщиной 25 мкм. Проводили иммунофлуоресцентную реакцию с помощью моноклональных антител (1-е антитела) против специфического маркера олигодендроцитов (OSP). Для визуализации 1-х антител применяли 2-е антитела, конъюгированные с Alexa – 488. Ядра докрашивали при помощи красителя DAPI. Иммуноэкспрессия оценивалась визуально с помощью микроскопа Carl Zeiss (Германия).

В результате исследования установлено, что в препаратах поясничного отдела спинного мозга животных экспериментальной группы происходило снижение иммуноэкспрессии OSP олигодендроцитами, по сравнению с контрольной группы животных. Отмечено выраженное снижение флуоресценции в белом веществе подопытных животных. Полученные результаты позволяют предположить, что при моделировании гипогравитации происходит снижение иммуноэкспрессии OSP, что может свидетельствовать о процессе нарушения миелинизации в белом веществе поясничного отдела спинного мозга.

## **ФИЛОСОФИЯ**

### **ПОЧЕМУ АСТРОЛОГИЯ НЕ ЯВЛЯЕТСЯ НАУКОЙ**

**Фаизова Ю. Ф.**

Казанский государственный медицинский университет

Научный руководитель – к.ф.н., ст. преп. Соловьянова М. Е.

Данное исследование затрагивает важнейшую проблему разграничения научного и ненаучного знания.

Цель исследования: формирование представления об общих критериях научности знания и иллюстрация качественного отличия науки от ненаучных форм знания на примере астрологии. Актуальность данной проблемы заключается в



## **ОБРАЗ ЧЕЛОВЕКА В КОНЦЕПЦИИ ЭРИХА ФРОММА: ОПЫТ АНАЛИЗА РАБОТ «ИМЕТЬ ИЛИ БЫТЬ?» И «БЕГСТВО ОТ СВОБОДЫ»**

**Клементьева А.В.**

**Казанский государственный медицинский университет  
Научный руководитель – асс. Гаязова С.Р.**

Целью нашего исследования является выявление содержания образа человека в работах Эриха Фромма «Иметь или быть?» и «Бегство от свободы».

Нами использовался метод традиционного анализа документов.

В исследуемых сочинениях в центре рассуждений автора находится человек, понимаемый не как индивид, а как существо, связанное в динамическую систему с обществом.

Основная идея работы «Бегство от свободы» заключается в поиске значения свободы для современного человека. Критический подход Фромма вскрывает экзистенциальные основания современного ему западного общества и обнаруживает истоки немецкого и итальянского тоталитаризма.

В работе «Иметь или быть?» Фромм выделяет две противоположные ориентации, присущие современному человеку: на обладание и на бытие. «При установке на обладание счастье заключается в достижении превосходства над другими, во власти над ними и в итоге в способности захватывать, грабить, убивать. При установке на бытие счастье – это любовь, забота о других, самопожертвование». Ориентация на обладания, в отличие от ориентации на бытие, является пагубной для существования человека и ведет к катастрофическому социально-экономическому состоянию мира. Фромм указывает, что для предотвращения такого исхода необходимо создание нового общества, которое будет способствовать возникновению нового типа человека, с новой структурой характера, основной чертой которого будет являться: «Ощущение чувств безопасности, идентичности и уверенности в себе, основанных на вере в то, что человек существует, что он есть, на его внутренней потребности в привязанности, любви, единении с миром, которая заменила желание иметь, обладать, властвовать над миром и, значит, быть рабом своей собственности». Позитивная свобода, в отличие от негативной, основывается на воспитании продуктивного характера и ведет к развитию душевно здорового общества. Такое реформирование общества Фромм считает истинным.

## **ТЕОЛОГИЯ, НАУКА И ФИЛОСОФИЯ В АРАБСКОМ СРЕДНЕВЕКОВЬЕ: БИОГРАФИЧЕСКИЙ АСПЕКТ**

**Шарипов А.А.**

**Казанский государственный медицинский университет  
Научный руководитель – к.ф.н., ст. преп. Леонтьева Т.И.**

Теология, наука и философия в арабском Средневековье: биографический аспект

Цель данной работы состоит в том, чтобы проследить взаимодействие теологии, науки и философии в условиях арабского Средневековья на примере биографий наиболее значимых арабских философов этого периода. Нами в ходе исследования был применен метод традиционного анализа документов.

Арабская философия – философия народов, живших в Средние века на территории Арабского халифата. Основным содержанием истории средневековой арабской философии явилась борьба восточных перипатетиков, исходивших из эллинистического наследия, и сторонников религиозно-идеалистических учений. Арабские ученые разработали самостоятельную концепцию разума. Под разумом они понимали не только способность человека, но и все продукты культуры, язык и т.д., т.е. рассматривали его в смысле, близком к современному понятию ноосферы. В средневековой арабской философии также был представлен религиозный мистицизм, воплощенный, прежде всего, в суфизме. В основе этой доктрины лежит вера в возможность созерцания божества и конечного слияния с ним человека, отрешившегося от материального мира. Арабская философия достаточно разнородна и создавалась не только на арабском, но и на персидском языке. Наиболее ярким представителем рационалистического направления выступает Авиценна. Суфии резко выступали против рационализма Авиценны, ставя его философию в вину то, что она не дает возможности человеку приблизиться к Богу.

Многие философы иногда настолько увлекались своей наукой, что вызвали бурное недовольство со стороны народа, так как переставали соблюдать религиозные повседневные обряды. Однако сам ислам также способствовал формированию философии и науки. Так, Магомет, неся людям свое учение, полагался не только на силу, но и на разум; он противопоставлял свое учение как «знание» невежеству. А потому познание мира в арабском мире вполне могло стать важным занятием. Отличительной чертой арабской философии является то, что она в меньшей степени, чем философия европейская, интересовалась абстрактными вопросами. Мышление арабов всегда было более конкретно, тогда как европейцы склонны к абстрактным рассуждениям. Но также, нельзя сказать, что арабский мир или Восток вообще никогда не стремился к познанию мира посредством построения теорий.

## **«ВОЗНЕСЕНИЕ» ЧЕЛОВЕЧЕСТВА: ОПЫТ ПЕРЕОЦЕНКИ КОНЦЕПЦИИ СВЕРХЧЕЛОВЕКА ФРИДРИХА НИЦШЕ**

**Сухов В.Ю., Байрамов Г.Б.**

**Казанский государственный медицинский университет  
Научный руководитель – асс. Гаязова С.Р.**

В свете трагических событий прошлого века в философии получила распространение традиция негативной оценки содержания философской концепции Ницше. Наша цель состоит в разъяснении гуманистического содержания ницшеанской концепции сверхчеловека. С этой целью нами был применен метод традиционного анализа его основных работ.

Поглощая многовековые традиции о нормах морали и этики, люди непреднамеренно создали грань между прогрессией и регрессией человеческой сущности, что приводит и по сей день общество к ограниченности потенциала возможностей их индивидуумов. Учение Ницше о сверхчеловеке предоставляет возможность избавиться от социальных «оков», понять серьезность данной ситуации, отречься от низменных ценностей и перевоплотиться в сверхчеловека, разглядев истину наяву.

Безграничные возможности, эмоциональная устойчивость, открытость разума, организованность мыслей, способность распознавать истину, преданность идее, искоренение низменных ценностей из повседневной жизни, концептуализация общественной мысли вопреки своей, самокритичный эгоизм - все эти факторы и определяют истинное лицо сверхчеловека.

Значимость наших же идей на основе этого учения позволяет стабилизировать дисбаланс существующего беспорядочного возникновения сверхлюдей в обществе, процент которых недостаточен для коренного изменения общественной мысли, и даёт возможность каждой отдельной личности достичь желаемого, независимо от материальных и духовных преград.

Известно, что эволюция определила наше морфологическое состояние с помощью тысячелетнего отбора, но именно «революция разума» является необходимым путем для осуществления «вознесения», как явления развития цивилизации для обеспечения её дальнейшего существования на более высоком уровне бытия.

## **АРХЕТИП ТРИКСТЕРА В МИРОВОЙ КУЛЬТУРЕ**

**Назипова Д.Р.**

**Казанский государственный медицинский университет  
Научный руководитель – ас. Фахретдинова Л.М.**

Целью исследования выступает определение содержания архетипа Трикстера и выявление его роли в контексте мировой культуры. Нами были применены метод традиционного анализа документов, вторичного анализа и метод сравнительного анализа репрезентаций данного архетипа в различных мифологиях (греческой, североамериканской, славянской). В качестве текстового массива использовались изложения мифов, а также антропологические и культурологические работы, посвящённые архетипу Трикстера.

Подобно любому архетипу, Трикстер, согласно теории Юнга, воплощает древние инстинкты, сохраняет опыт доисторических предков, выступает одновременно средством познания и интерпретации окружающего мира и неосознаваемой ролевой моделью для современных людей.

Впервые термин «Трикстер» был использован американским антропологом П. Радиным, применившим его при анализе мифологии индейцев виннебаго, в которой представлен один из наиболее «чистых» образов Трикстера – Вакдьюнга. Триктер воплощается в ранней мифологии практически всех народов земли, где выступает шутником, обманщиком, плутом и мошенником. Среди Трикстеров можно назвать греческого Гермеса, скандинавского Локи, североамериканского Койота, славянского мифологического Чёрта и других. В современной Культуре Трикстер отчасти теряет свою сверхъестественную природу, может выступать в качестве существа, которое пытается противостоять опасностям и проблемам окружающего мира с помощью различных уловок и хитростей (к примеру, фольклорный Иванушка). Спецификой данного архетипа является его двойственность: с одной стороны, Трикстер – разрушитель, с другой – это, нередко, культурный герой, спаситель. Он зачастую выражает защитное, познавательное значение смеха. Смех для Трикстера – способ действия, противопоставления себя миру, враждебному (спаситель олимпийских богов Гермес) или, наоборот, упорядоченному (склочник Локи). Действия Трикстера направлены не на разрушение, а на провокацию, которая обернётся новым созиданием. Данный процесс выступает источником культурного и общественного развития и является онтологически необходимым.

## **ЭВОЛЮЦИЯ ОТРИЦАНИЯ СМЕРТИ НА ЗАПАДЕ**

**Абдульянов Р.А.**

**Казанский государственный медицинский университет  
Научный руководитель – ас. Гаязова С.Р., ас. Фахретдинова Л.М.**

Целью исследования является выявление эволюции отношения к смерти в западном обществе. Для достижения этой целью нами был применён метод традиционного анализа документов.

В течении Средневековья отношение к смерти менялось, но общим было одно – эта смерть была частью жизни, это была «прирученная смерть». С самого рождения человек готовился к своему будущему умиранию, жил с осознанием своей смертности, а пышные ритуалы оформляли его переход в новую стадию. Смерть была драмой, но она была естественной драмой бытия. Умиравший больной не оставался наедине с врачами или священниками, а собирал вокруг себя родных, в том числе и детей, и сам организовывал своё умирание, свои похороны. При этом мир живых был отделён от мира мёртвых, людей хоронили на кладбищах далеко за пределами города или на территории церкви, которая и так считалась частью другого мира. Однако, начиная с 19 века, отношение к смерти стало меняться. Возникает ощущение ненормальности смерти. Сначала чувства больных и приговорённых пытаются щадить, скрывать от них правду о близком конце, а позже также и чувства их близких. В литературе факты смерти либо замалчиваются, либо намерено представляют наиболее уродливым гротескным виде. Траур по умершему из публичного действия становится индивидуальным, а позже и вовсе считается неприличным. Смерть переместилась из дома больного в больницу. В дальнейшем начался новый этап отрицания смерти. Она становится обезличенной, банальной? люди уже принимают смертность себя или близких, но уже не считают правильным выражать по этому поводу свои чувства. В 1976 году в США был показан фильм «Умирание», который обозначил такой переход: это было 4 сюжета про тяжёлых онкобольных, где они на камеру со своими друзьями и жёнами обсуждали обстоятельства своей смерти: покупка места на кладбище и т.п., так, как будто речь шла о бронировании номера в гостинице. Можно сказать, что на западе смерть потеряла своё прежнее значение. Да, люди умирают, но теперь это не переход в новый мир, не величайшее событие в жизни человека, а коммерциализированный процесс, часть высокодоходной индустрии.

## **РЕЛИГИОЗНЫЕ КОНЦЕПЦИИ СМЕРТИ**

**Семенова М.В.**

**Казанский государственный медицинский университет  
Научный руководитель – к.ф.н., ст. преп. Леонтьева Т.И.**

Цель - изучение и сравнение религиозных концепций смерти, определение актуальности данного вопроса в современном мире.

Испокон веков люди верили в высшие силы. Высшим силам приписываются необъяснимые явления. Изначально возник политеизм (буддизм- бвв. до н.э., даосизм- 5-3вв. до н.э.), затем образовался монотеизм (иудаизм, а из него- христианство и ислам). Буддизм говорит о реинкарнации, т. е. О возвращении души, после смерти тела, а землю в другом облике (камень, дерево, животное и т. д.). Не возвращение души есть высшее благо. Даосизм предлагает человеку путь, по которому он должен идти, смерть- часть пути, после чего душа так же может вернуться на землю, стараясь приблизиться к

концу этого пути. Христианство и ислам предлагают загробную жизнь в раю, чистилище либо в аду. После смерти душа встает перед Богом, плохие и хорошие дела кладутся на чашу весов, в зависимости от того, что перевесило, туда и отправляется душа на веки вечные.

Но, помимо религий, всегда существовал и атеизм, который отрицает существование души и Богов.

В современном мире данные концепции прослеживаются в литературе, кино, музыке, т. е. тема вопросов о загробной жизни остается актуальной. Например: к/ф «Привидение», «Между небом и землей» поддерживают концепции буддизма и даосизма. К/ф «Судьба человека», «Повесть о настоящем человеке» поддерживают атеизм, «Милые кости» и «Куда приводят мечты» – христианство. Но, какую бы жизнь после смерти нам не предлагали, человек хочет жить если не вечно, то как можно дольше (к/ф «Средство Макропулуса», «Голова профессора Доуэля»).

## **ОТ ИСТОРИЦИЗМА К СИТУАЦИОННОМУ ПОДХОДУ**

**Седелков Д.В.**

**Казанский национальный исследовательский технический университет  
Научный руководитель – д.ф.н., проф. Н.М. Солодухо Н.М.**

В свете проводимого нами диссертационного исследования актуально рассмотреть отношение между историцизмом и ситуационным подходом, который разрабатывается, в частности, Центром ситуационных исследований (ЦСИ) в КНИТУ им. А.Н. Туполева.

Историцизм – воззрение, согласно которому задачей социальных наук является открытие законов человеческой истории, на основе которых может осуществляться историческое предсказание. Истоки историцизма можно найти еще у Гераклита, Платона, Аристотеля и других философов вплоть до нашего времени. К основным его чертам помимо веры в существование неких законов истории, объективного духа истории можно отнести еще холизм и эссенциализм. В широкий научный обиход это понятие ввел К.Р. Поппер. Однако он был жестким противником и критиком данного направления мысли. Он считал, что историцистские концепции ответственны за «неудовлетворительное состояние» теоретических социальных наук, и вместе с тем за тоталитарные режимы XX века.

Вместе с тем, данный мыслитель ввел, как противоположность методологии историцизма, понятие о логике ситуаций применительно к социальным наукам. Суть данного метода, вкратце, состоит в конструировании моделей ситуации. Т.е. ученый должен воссоздать ситуацию так, как она показалась конкретному деятелю истории, вследствие чего его действия стали адекватны ситуации.

При построении такой модели ученый обязан исследовать не только внешние факторы действительности, например традиции, но и факторы, определяющие деятеля изнутри, например вкусы, привычки. Из подобной многофакторности вытекает невозможность обобщений и генерализаций, а на первый план выходит уникальность любого события. Вообще понятие фактор отодвигает на второй план понятие причины, в связи с чем, большее значение начинает играть неопределенность, значимым становится практически все. Следовательно, традиционная научная парадигма начинает трещать по швам и, в некоторых случаях, больше не работает. Однако, предсказания возможны, но только для строго конкретных процессов в конкретно формулируемых условиях.

Подводя итог, можно сказать, что развитие социальных и гуманитарных наук привело к новому взгляду на мир в целом. Взгляд с точки зрения многофакторности, случайности, неопределенности, который требует новой парадигмы исследования.

# **ФТИЗИОПУЛЬМОНОЛОГИЯ**

## **АНАЛИЗ ПРИМЕНЕНИЯ ДИАСКИНТЕСТА У БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ**

**Павлова М.А.**

**Казанский государственный медицинский университет  
Научный руководитель – к.м.н., асс. Гизатуллина Э.Д.**

Цель исследования: провести анализ чувствительности внутрикожной пробы с препаратом Диаскинтест у больных с диагностированным активным туберкулезом легких.

Материалы и методы: Для оценки чувствительности теста обследовано 46 больных активным туберкулезом легких, находившиеся на стационарном лечении в Республиканском клиническом противотуберкулезном диспансере. Диагноз туберкулеза легких устанавливался на основании комплексного клинического обследования, включающего сбор анамнеза заболевания, клинических лабораторных тестов, данных микробиологического исследования мокроты на кислотоустойчивые палочки, рентгенологического обследования органов дыхания. Больным вводился (0,2 мкг в 0,1 мл) препарат Диаскинтест внутрикожно на внутреннюю поверхность предплечья. Оценка результатов проводилась через 72 часа, положительная реакция оценивалась как папула любого размера (согласно инструкции к препарату).

Результаты: Среди обследованных пациентов мужчин было 32 (69,6%), женщин - 14 (30,4%) в возрасте от 18 до 73 лет (в среднем 39,48±1,99 лет). Инфильтративный туберкулез был диагностирован у 42 больных (91,3%), фиброзно-кавернозный туберкулез у 2 больных (4,3%), по одному случаю - очаговый туберкулез (2,2%), туберкулема легкого (2,2%). 42 пациента (91,3%) с впервые диагностированным туберкулезом легких, 4 пациента (8,7%) - с рецидивом заболевания. Выделение микобактерий туберкулёза, доказанное методом бактериоскопии и/или путём посева, было у 26 пациентов (56,5% случаев). У больных на внутрикожную пробу с Диаскинтестом отрицательные реакции были выявлены в 11 случаях (23,9%), сомнительные реакции – 2 случая (4,3%). Положительные реакции наблюдались у 33 пациентов (71,7%), средний размер папулы был 15,16±1,1 мм.

Выводы: полученные данные подтверждают утверждение ряда авторов о том, что при туберкулезе имеет место подавление иммунитета и как результат – отрицательная анергия.

## **АНАЛИЗ СОСТОЯНИЯ ПАЦИЕНТОВ СО СМЕРТЕЛЬНЫМ ИСХОДОМ ОТ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ, СКОНЧАВШИХСЯ В СТАЦИОНАРАХ РАЙОНОВ И ГОРОДОВ РЕСПУБЛИКИ ТАТАРСТАН ЗА 2013 ГОД**

**Чеминава Г. Д.**

**Казанский государственный медицинский университет**

**Научный руководитель – к.м.н., асс. Гизатуллина Э.Д., Шаймуратов Р.И.**

Цель: изучить характеристику пациентов, скончавшихся в медицинских учреждениях районов и городов Республики Татарстан от внебольничной пневмонии за 2013 г.

Материалы и методы: Проанализировано 58 медицинских карт стационарных больных (МКСБ) пульмонологического профиля, закончившихся летальными исходами.

Результаты: Среди больных мужчин было 39 (67,2%), женщин – 19 (32,8%).

Средний возраст составил  $58,03 \pm 15,3$  лет (возрастной диапазон от 26 до 85 лет), старше 50 лет – 40 пациентов (68,9%). Двухстороннее поражение было у 33 пациентов (56,9%). В структуре сопутствующей патологии преобладали лица с хроническим алкоголизмом – 17 случаев (29,3%), с ИБС – 17 случаев (29,3%); сахарный диабет был у 10 пациентов (17,2%), гепатит С – 9 случаев (15,5%), реже ХОБЛ – 2 случая (3,4%), ВИЧ-инфекция – 2 случая (3,4%), наркомания – 1 случай (1,7%). Время от начала заболевания до госпитализации составило  $9,07 \pm 1,5$  дней. Среднее пребывание больного в стационаре составило  $4,91 \pm 5,7$  суток (1-34 дня). Общее состояние при госпитализации оценивалось как средне-тяжелое у 11 пациентов (19,0%), тяжелое – 10 случаев (17,2%), крайне тяжелое – 37 (63,8%).  $SpO_2$   $86,37 \pm 1,36\%$  (от 60-97%). Средняя температура тела при поступлении  $37,27 \pm 0,12^\circ C$  (от  $35,9^\circ C$  до  $39,0^\circ C$ ). Частота дыхательных движений  $23,07 \pm 1,54$  в минуту. Показатели артериального давления: систолическое давление  $112,33 \pm 3,21$  мм рт.ст., диастолическое давление –  $71,33 \pm 1,91$  мм рт.ст. Частота сердечных сокращений –  $99,9 \pm 3,2$  в минуту. Показатели общего анализа крови при поступлении: СОЭ  $26,5 \pm 21,8$  мм/час, лейкоциты –  $11,02 \pm 9,97$  тыс., эритроциты  $3,59 \pm 1,72$  млн., палочкоядерные –  $11,97 \pm 12,03\%$ , сегментоядерные –  $47,86 \pm 29,6\%$ , лимфоциты –  $13,96 \pm 12,4\%$ , моноциты –  $3,77 \pm 3,67\%$ , эозинофилы  $0,41 \pm 1,22\%$ , тромбоциты –  $176 \pm 139,14$  тыс.

В структуре назначаемых антибактериальных препаратов преобладали це-фалоспорины 3 генерации, они были назначены 50 пациентам (86,2% случаев), ципрофлоксацин был назначен 8 пациентам (13,8%). Реже назначались макролиды (эритромицин 2 случая – 3,4%, азитромицин 1 случай – 1,7%), по одному случаю: цефалоспорины 4 генерации, респираторные фторхинолоны, гентамицин.

Выводы: Среди умерших от внебольничной пневмонии преобладают мужчины трудоспособного возраста. Двухсторонний характер поражения, позднее поступление больных на стационарное лечение, высокая частота лиц с сопутствующими сердечно-сосудистыми заболеваниями, хроническим алкоголизмом, сахарным диабетом, гепатитом С были факторами риска неблагоприятного исхода пневмонии.

## **ХИМИЯ ПРИРОДНЫХ СОЕДИНЕНИЙ**

### **СИНТЕЗ И АНТИБАКТЕРИАЛЬНАЯ АКТИВНОСТЬ АММОНИЙНЫХ СОЛЕЙ НА ОСНОВЕ ПИРИДОКСИНА**

**Сапожников С.В.**

**Казанский (Приволжский) федеральный университет**

**Научный руководитель – к.х.н., асс. Штырлин Н.В.**

В последние годы наблюдается заметный рост числа и распространенности инфекционных заболеваний, вызываемых множественно-устойчивыми микроорганизмами. Несмотря на наличие эпизодически возникающих острых бактериальных и вирусных инфекций, например, вызванных мутировавшими штаммами вируса птичьего гриппа (H5N1) или кишечной палочки (O104:H4), одной из основных причин смертности в развитых странах остаются штаммы грамположительных бактерий рода *Staphylococcus*, *Streptococcus*, *Enterococcus*. Особую опасность для человека представляют метициллин-устойчивые штаммы золотистого стафилококка, которые вызывают сепсис и тяжелые формы инфекций.

Еще в начале 20 века было установлено, что четвертичные аммонийные соли обладают ярко выраженной антибактериальной активностью. Данные соединения нашли широкое применение для различных клинических целей: предоперационной дезинфекции неповрежденной кожи, дезинфекции хирургического оборудования и других.

Одним из важнейших подходов к созданию новых лекарственных препаратов является функционализация природных соединений. В качестве объекта исследования для создания новых антибактериальных средств был выбран витамин В6 (пиридоксин), молекула которого содержит большое количество функциональных групп, которые доступны для химической модификации фармакофорными группами, в качестве которых были использованы четвертичные аммонийные фрагменты.

В ходе работы с использованием селективной защиты гидроксильных групп в 4-5 стадий был получен широкий ряд аммонийных солей на основе пиридоксина, содержащий различные заместители при четвертичном атоме азота. Исследование антибактериальной активности полученных аммонийных солей *in vitro* на штаммах грамположительных и грамотрицательных микроорганизмов показало, что некоторые из полученных соединений обладают высокой антибактериальной активностью по отношению к штаммам *Staphylococcus aureus* и *Staphylococcus epidermidis*.

Таким образом, по результатам проделанной работы показано, что четвертичные аммонийные соли на основе пиридоксина являются перспективными соединениями для создания новых антибактериальных препаратов.

### **РАЗРАБОТКА ПОДХОДА К СИНТЕЗУ БЕТА-ЗАМЕЩЕННЫХ СПИРТОВ НА ОСНОВЕ ПРОИЗВОДНЫХ ПИРИДОКСИНА**

**Павельев Р.С., Есина О.А., Хайруллина Р.Р.**

**Казанский (Приволжский) федеральный университет**

**Научный руководитель – к.х.н., доц. Штырлин Ю.Г.**

Функционализация природных соединений является одним из важнейших подходов при создании новых лекарственных средств. К числу этих соединений относится витамин В6 (пиридоксин), который входит в состав более 100 ферментов и производные которого обладают ноотропной, кардиопротекторной, антихолинэстеразной, радиопротекторной и другими видами биологической активности.

Цель исследования. Разработка подхода к синтезу бета-замещенных спиртов на основе производных пиридоксина. Методы исследования. Синтетические методы классической органической химии и физические методы исследования органических соединений.

Полученные результаты. Ранее в нашей группе был разработан новый метод получения 6-(гидроксиметил)производного пиридоксина. На основе данного соединения был синтезирован исходный эпексид, используемый в синтезе целевых бета-замещенных спиртов. В рамках проведенного исследования была разработана оптимальная методика селективного введения эпексидного фрагмента по третьему положению пиридинового цикла 6-(гидроксиметил)производного пиридоксина с использованием эпихлоргидрина. В ходе работы было установлено, что образование целевого соединения с выходом 53% проходит при температуре 70°C в ДМФА с гидридом натрия. Структура соединения была подтверждена методами ЯМР (<sup>1</sup>H, <sup>13</sup>C, 1H-1H COSY, 1H-13C Hetcor), масс-спектрометрии и PCA. Относительно низкий выход продукта реакции обусловлен протеканием побочных процессов алкилирования по атому азота, раскрытием оксиранового цикла компонентами реакции, а также осмолением. Полученный эпексид раскрывали ароматическими и алифатическими кислород-, серо- и азотсодержащими нуклеофилами.

Заключение. Таким образом был разработан подход к синтезу бета-замещенных спиртов на основе производных пиридоксина.

## **СИНТЕЗ БЕТА-АМИНОСПИРТОВ НА ОСНОВЕ ПРОИЗВОДНЫХ ПИРИДОКСИНА**

**Есина О. А., Хайруллина Р. Р., Павельев Р. С.**  
**Казанский (Приволжский) федеральный университет**  
**Научный руководитель – к.х.н., доц. Штырлин Ю.Г.**

Функционализация природных соединений является одним из важнейших подходов при создании новых лекарственных средств. К числу этих соединений относится витамин В6 (пиридоксин), который входит в состав более 100 ферментов и производные которого обладают ноотропной, кардиопротекторной, антихолинэстеразной, радиопротекторной и другими видами биологической активности.

Цель. Разработка подхода к синтезу и синтез ряда бета-аминоспиртов на основе производных пиридоксина с использованием азотсодержащих нуклеофилов.

Методы исследования. Синтетические методы классической органической химии и физические методы исследования органических соединений.

Полученные результаты. Синтезированный ранее оксиран на основе 6-(гидроксиметил)пиридоксина был подвергнут реакции раскрытия эпексидного цикла азотсодержащими нуклеофилами. В качестве азотсодержащих нуклеофилов были использованы первичные и вторичные амины, содержащие как алифатические, так и ароматические заместители при атоме азота. Данные реакции проводили в метаноле при 50°C в течение нескольких дней. Ход реакций контролировали методом ТСХ. Целевые продукты выделяли методом колоночной хроматографии на силикагеле с использованием в качестве элюента ацетона. Структура соединений была подтверждена методами ЯМР (<sup>1</sup>H, <sup>13</sup>C, 1H-1H COSY, 1H-13C Hetcor) и масс-спектрометрии. В частности, было подтверждено образование вторичных гидроксильных групп в реакциях раскрытия эпексидного цикла всеми используемыми нуклеофилами. Полученные аминосспирты представляют собой интерес с точки зрения синтеза новых лекарственных средств.

Заклучение. Синтезирован ряд бета-аминоспиртов на основе эпексипроизводного 6-(гидроксиметил)пиридоксина.

## **НЕЛИНЕЙНО-ОПТИЧЕСКИЕ СВОЙСТВА НОВЫХ ПРОИЗВОДНЫХ ВИТАМИНА В6**

**Гарипов М.Р.**  
**Казанский (Приволжский) федеральный университет**  
**Научный руководитель – к.х.н., доц. Штырлин Ю.Г.**

Материалы, обладающие способностью к генерации второй гармоники лазерного излучения, находят широкое применение в таких областях, как электрооптика, промышленность, использующая лазеры, медицина, телекоммуникации, удаленный контроль.

Ранее в нашей исследовательской группе было выявлено, что некоторые производные циклических семичленных ацеталей пиридоксина обладают способностью к генерации второй гармоники лазерного излучения. В продолжение исследований нелинейно-оптических свойств производных пиридоксина в настоящей работе была поставлена цель: синтез широкого ряда производных циклических семичленных моно- и дизамещенных ацеталей пиридоксина, содержащих 2,4-динитрофенильный фрагмент у фенольного атома кислорода, и исследование их нелинейно-оптических свойств.

Для достижения поставленной цели на первом этапе были получены: 1,5-дигидро-3-R1-3-R2-8-метил-9-(2,4-динитрофенилокси)-[1,3]-диоксепино-[5,6-с]-пиридины, где R1 и R2: 1. R1=H, R2=CH3, 2. R1=R2=CH3, 3. R1=R2=H, 4. R1=H, R2=C2H5, 5. R1=H, R2=C3H7, 6. R1=H, R2=CH(CH3)2, 7. R1=H, R2=CH(CH3)C2H5, 8. R1=H, R2=CH(CH3)C3H7, 9. R1=H, R2=цикло-C6H11, 10. R1=H, R2=C(CH3)3, 11. R1=H, R2=C7H15, 12. R1=H, R2=C8H17, 13. R1=H, R2=CH(CH3)C9H19, 14. R1R2=цикло-C5H8, 15. R1R2=цикло-C6H10, 16. R1R2=цикло-C7H12, 17. R1=CH3, R2=C5H11, 18. R1=CH3, R2=C8H17, а также 3-(2,4-динитрофенокси)пиридин, (Е)-1,5-Дигидро-3,3,8-триметил-6-стирил-[1,3]-диоксепино-[5,6-с]-пиридин-9-ол и (Е)-1,5-Дигидро-3,3,8-триметил-6-стирил-9-(2,4-динитрофенилокси)-[1,3]-диоксепино-[5,6-с]-пиридин.

На следующем этапе было проведено исследование эффективности генерации второй гармоники полученных соединений в порошках. В качестве стандарта были использованы мета-нитроанилин и йодат лития.

Исследование нелинейно-оптических свойств полученных соединений показало, что некоторые из них не обладают способностью к генерации второй гармоники лазерного излучения. В тоже время, ряд соединений по эффективности преобразования сопоставимы (15) и даже превосходят реперные вещества (эффективность преобразования соединений с 2 и 11 соответственно в 3 и 2 раза больше чем у мета-нитроанилина).

Полученные результаты свидетельствуют о перспективности создания на основе данных производных пиридоксина эффективных преобразователей лазерного излучения.



## **СИНТЕЗ БЕТА-ЗАМЕЩЕННЫХ СПИРТОВ НА ОСНОВЕ ПРОИЗВОДНЫХ ПИРИДОКСИНА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ КИСЛОРОД- И СЕРОСОДЕРЖАЩИХ НУКЛЕОФИЛОВ**

**Хайруллина Р.Р., Есина О. Е., Павельев Р. С.**  
**Казанский (Приволжский) федеральный университет**  
**Научный руководитель – к.х.н., доц. Штырлин Ю. Г.**

Функционализация природных соединений является одним из важнейших подходов при создании новых лекарственных средств. К числу этих соединений относится витамин В6 (пиридоксин), который входит в состав более 100 ферментов и производные которого обладают ноотропной, кардиопротекторной, антихолинэстеразной, радиопротекторной и другими видами биологической активности.

Цель. Разработка подхода к синтезу и синтез ряда бета-замещенных спиртов на основе производных пиридоксина с использованием кислород- и сера-содержащих нуклеофилов.

Методы исследования. Синтетические методы классической органической химии и физические методы исследования органических соединений.

Полученные результаты. Синтезированный ранее эпоксид на основе 6-(гидроксиметил)пиридоксина был подвергнут реакциям раскрытия оксиранового цикла ароматическими и алифатическими кислород- и серосодержащими нуклеофилами. Данные реакции проводили в жестких условиях с использованием гидрида натрия (активация нуклеофила) и диметилформамида в качестве растворителя при 80°C в течение нескольких дней. Ход реакций контролировали методом ТСХ. Целевые продукты выделяли методом колоночной хроматографии на силикагеле с использованием в качестве элюента смеси этилацетата и гексана в соотношении 1:1. Структура соединений была подтверждена методами ЯМР ( $^1\text{H}$ ,  $^{13}\text{C}$ ,  $^1\text{H}$ - $^1\text{H}$  COSY,  $^1\text{H}$ - $^{13}\text{C}$  Hetcor), масс-спектрометрии и PCA. В частности, было подтверждено образование вторичных гидроксильных групп в реакциях раскрытия эпоксидного цикла всеми используемыми нуклеофилами.

Вывод. Синтезирован ряд бета-замещенных спиртов на основе эпоксипроизводного 6-(гидроксиметил)пиридоксина с использованием кислород- и серосодержащих нуклеофилов.

## **ЭЛЕКТРОФИЛЬНОЕ ПРИСОЕДИНЕНИЕ ДИТИОЛОВ К (+)-КАМФЕНУ**

**Бодров А.В., Лодочникова О.А., Мусин Р.З.**  
**Казанский государственный медицинский университет**  
**Научный руководитель – д.х.н., проф. Никитина Л.Е.**

Особенностью химического поведения бициклических монотерпенов в реакциях с электрофильными реагентами является их склонность к различного рода перегруппировкам. Самыми известными из них являются камфеновые перегруппировки. Как правило, электрофильное присоединение к камфену сопровождается перегруппировкой Вагнера-Мерверейна с образованием продуктов борнаноидной структуры. Реакции электрофильного присоединения без изомеризации исходной структуры молекулы очень редки и мало описаны.

В данной работе мы изучили присоединение 2,2'-тиодидантиола и 1,2-этидидантиола к (+)-камфену в присутствии хлорида цинка (соотношение терпен-тиол 1:1 или 2:1).

В случае избытка камфена в обеих реакциях был получен бис-аддукт (с двумя фрагментами терпена) камфеновой структуры с  $m/z$  366. Если в реакции камфена с этидидантиолом образование этого аддукта тривиально, то в реакции с тиодидантиолом наиболее ожидаемым продуктом было гипотетическое соединение с  $m/z$  426.

Реакции с эквимольным соотношением терпен-тиол завершилились образованием смеси продуктов, а именно, были зафиксированы бис-аддукт с  $m/z$  366 и минорный моноаддукт камфенового строения с  $m/z$  231 в соотношении 3:1 и 2:1 для реакций камфена с тиодидантиолом и этидидантиолом соответственно (по данным хроматомасс-спектрометрии).

Структуры полученных соединений были установлены при помощи ЯМР-спектроскопии на ядрах водорода и углерода-13, элементный состав подтвержден масс-спектрометрически. Для бис-аддукта получены рентгеноструктурные данные.

## **КРИСТАЛИЗАЦИОННО-ИНДУЦИРОВАННАЯ ДИАСТЕРЕОМЕРИЗАЦИЯ ХИРАЛЬНОГО БЕТА-ГИДРОКСИСУЛЬФОНА ПИНАНОВОГО РЯДА**

**Бодров А.В., Лодочникова О.А., Старцева В.А.**  
**Казанский государственный медицинский университет**  
**Научный руководитель – д.х.н., проф. Никитина Л.Е.**

Новый сульфен пинанового ряда был получен нами окислением соответствующего сульфида с использованием перекиси водорода в присутствии уксусной кислоты.

Согласно данным рентгеноструктурного анализа гомахиральный пинанилсульфон кристаллизуется в виде асимметричного водородосвязанного димера, образованного стереохимически различными атомами кислорода сульфонильных групп молекул А и В. Таким образом, про-*R* атом кислорода участвует в построении соответствующей водородной связи в молекуле А, а в случае молекулы В участвует про-*S* атом кислорода, при этом атомы серы двух сульфонильных групп принимают противоположные конфигурации в молекулах А и В, в то время как конфигурация пинанового скелета остается неизменной. Такое стереохимическое преобразование является довольно редким явлением, для обозначения которого нами был предложен термин "кристаллизационно-индуцированная диастереомеризация".

Стабильность асимметричного димера, найденного в кристалле, была оценена в рамках теории функционала плотности (DFT, 6-31G (d, p)), а также изучена методом ИК-спектроскопии в растворе.

## **СЕЛЕКТИВНАЯ АНТИАГРЕГАЦИОННАЯ АКТИВНОСТЬ ТИОТЕРПЕНОИДОВ ПИНАНОВОГО РЯДА**

**Нургатина И.И., Бодров А.В.,**  
**Казанский государственный медицинский университет**  
**Научный руководитель – д.м.н., доц. Киселев С.В., д.х.н., проф. Никитина Л.Е.**

Хорошо известно, что монотерпены, в том числе бета-пинен, имеют широкий спектр биологической активности. С другой стороны известно, что сера относится к биогенным элементам, а сульфиды, сульфоксиды и сульфоны часто обладают фармакологической активностью. Таким образом, объединение этих двух фармакофорных фрагментов – терпенового скелета и

серосодержащей функции в одной молекуле является перспективным для получения новых биологически активных малотоксичных соединений.

Нами был синтезированная серия новых тиотерпеноидов на основе (–)-бета-пинена.

Возможность использования синтезированных соединений для коррекции гемостаза определяли на плазме крови человека, полученной от больных с нарушениями в этой системе. Для оценки системы гемостаза использовали определение спонтанной скорости агрегации тромбоцитов и поверхностно-зависимых стандартных коагуляционных тестов: активированное частичное тромбопластиновое время (АЧТВ), протромбиновое и тромбиновое время с расчетом международного нормализованного отношения (МНО). Агрегационную активность тромбоцитов устанавливали с помощью анализатора «Chrono-Log Corporation» (США) с использованием метода Г. Борна. Для определения спонтанной скорости агрегации тромбоцитов и свертывающей активности плазмы использовали венозную кровь больных ишемической болезнью сердца (ИБС) и пациентов с явными изменениями в системе гемостаза. Индуцированную агрегацию тромбоцитов изучали на плазме, полученной от здоровых доноров.

Полученные результаты показали, что исходное вещество (бета-пинен) не влияет на состояние системы гемостаза у больных с ИБС. Синтезированные на его основе серосодержащие соединения показали высокую антиагрегационную активность. Наиболее водорастворимый сульфоксид полностью ингибирует спонтанную и индуцированную коллагеном и/или арахидоновой кислотой агрегацию тромбоцитов. Принимая во внимание низкую токсичность полученных тиотерпеноидов, их можно рассматривать в качестве потенциальных лекарственных средств для лечения и профилактики тромбофилии, а также в качестве стабилизатора образцов крови в трансфузиологии.

## **ХИРУРГИЯ**

### **ПРИМЕНЕНИЕ ТИОКТОВОЙ КИСЛОТЫ ПРИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОМ ОСТРОМ ПАНКРЕАТИТЕ**

**Чегодаева А.А., Фуныгин М.С., Солодов Ю.Ю.**  
**Оренбургская государственная медицинская академия**  
**Научный руководитель – д.м.н., проф. Демин Д.Б.**

Цель – обосновать эффективность применения тиоктовой кислоты при экспериментальном остром панкреатите. На 90 морских свинках выполнена модель экспериментального острого панкреатита. Животные разделены на 3 группы по 30 особей. Первая – без применения лекарственных веществ. Во второй вводили 0,9% раствор NaCl 6 мл/кг. В третьей вводили тиоктовую кислоту 10 мг/кг. Изучали в полученном материале концентрацию малонового диальдегида и лактата (сыворотка крови, печень и поджелудочная железа) через 24, 72 и 120 часов. Анализ результатов I группы подтверждает факт выраженной ишемизации панкреатической ткани и печени при остром панкреатите, что сопровождается прогрессирующим повышением уровня лактата в сыворотке крови и ткани печени достоверно на всех сроках, а в ткани поджелудочной железы на 3 и 5 сутки ( $p < 0,01$ ). Ишемия ткани поджелудочной железы сопровождается активацией перекисного окисления липидов (повышение малонового диальдегида в 3,4 раза). Во II группе достоверная разница практически отсутствует. Сохраняются нарастающие явления анаэробного гликолиза. При введении тиоктовой кислоты активация липопероксидации менее выражена, особенно к 5 суткам, когда уровень малонового диальдегида становится в 1,5 – 3 раза ниже соответствующих показателей в I и II группах ( $p < 0,05$ ,  $p < 0,01$ ). Содержание лактата к 5 суткам почти в 2 раза ниже, чем в других группах ( $p < 0,02$ ). В ткани поджелудочной железы содержание лактата является более низким (достоверно через 120 часов), чем в других группах. В печени содержание лактата значительно ниже соответствующих значений в I и II группах, с двукратной разницей через 120 часов ( $p < 0,01$ ). Таким образом, экспериментальный острый панкреатит у морских свинок характеризуется выраженной активацией анаэробного гликолиза, что отражает прогрессирующую ишемию панкреатической ткани. Нарастает содержание продуктов липопероксидации. Применение 0,9% раствора NaCl не приводит к значимым изменениям динамики изучаемых показателей. Введение тиоктовой кислоты снижает выраженность ишемических процессов, уменьшаются проявления свободно-радикального окисления.

### **КАЛЬКУЛЕЗНЫЙ ХОЛЕЦИСТИТ И ДИФFUЗНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ПЕЧЕНИ: ВАРИАНТЫ ОДНОМОМЕНТНЫХ СИМУЛТАННЫХ ОПЕРАЦИЙ**

**Назирбоев К.Р.**  
**Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибн Сино**

Цель исследования – улучшить результатов хирургического лечения больных калькулезным холециститом сочетанием с диффузными заболеваниями печени.

Материалы и методы исследования: За период с 2011 по 2013 годы в отделении хирургии ГКБ СМП находилось 80 пациента с калькулезным холециститом сочетанием диффузными заболеваниями печени. Плановые операции выполнены у 38 (47,5%) больным, экстренные 42 (52,5%). Мужчин было 21 (26%), женщин 59 (74%). Возраст больных варьировал от 18 до 82 лет. Среди патологий составляющие ДЗП; вирусные гепатит В составили 37 (46%) больных, вирусные гепатит С – 24 (30%) и цирроз печени – 19 (24%). Всем больным были проведены общепринятые лабораторно – инструментальные методы диагностики.

Результаты: Миниинвазивные вмешательства, направленные на улучшение функционального состояния печени выполнены у пациентов хроническими вирусными гепатитами и цирроз печени в стадии компенсации. После выполнения видеолапароскопической холецистэктомии и взятия материала для биопсии у 11(14%) пациентов были проведены электрокоагуляция печени с последующим оментогепатопексией, а у 10 (12,5%) больных после выполнения холецистэктомии с аппликацией ложа желчного пузыря пластинами Тахокомба выполнено пролонгированная медикаментозная денервация общей печеночной артерии. В послеоперационном периоде через установленный катетер субсерозно в области гепатодуоденальной связки каждые 6 часов вводят 10мл 2% раствора лидокаина + 1,0мл 15% раствора ксантинола никотината в течение 5-8 дней. После выполнения лапароскопической электрокоагуляции и оментогепатопексии отмечается значительное улучшение биохимических показателей – уровня билирубина, цитолитических ферментов, а после выполнения лапароскопической пролонгированной медикаментозной денервации общей печеночной артерии отмечали улучшения кровообращения, о чем свидетельствуют показатели дуплексного сканирования общей печеночной артерии. Послеоперационных осложнений и летальных исходов не отмечено.

Выводы. Таким образом, лапароскопическая холецистэктомия и вмешательства направленные на улучшение функциональное состояние печени является малотравматичным методом лечения диффузного заболевания печени при калькулезном холецистите, кроме этого является экономически выгодной, так как одновременно корректируется две патологии.

## **МАЛОИНВАЗИВНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ ЛЕЧЕНИИ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХИ**

**Велиева Л.М.**

**Казанский государственный медицинский университет**

**Руководитель – д.м.н., проф. Джорджия Р.К., к.м.н., доц. Курмаев Ш.М.**

Цель исследования: анализ результатов лечения больных с механической желтухой с целью оптимизации алгоритмов диагностики и хирургического лечения.

Методы исследования и клинические наблюдения. Произведен ретроспективный анализ историй болезни 337 больных с МЖ, находившихся на лечении в хирургическом отделении ГБСМП №2 с 2010 по 2013 г. Возраст больных варьировал от 38 до 87 лет (в среднем  $72 \pm 3,7$ ). Причинами МЖ явились холедохолитиаз – 67,6%, острый панкреатит – 13,9%, опухоль БДС, опухоль головки поджелудочной железы – 10,9%, ПХЭС с острым панкреатитом – 6,5%.

Результаты исследования. Большинство больных было оперировано в два этапа. На первом этапе производилась декомпрессия желчных путей, обеспечивавшая детоксикацию. Вторым этапом, после улучшения функции печени, проводилась радикальная операция, восстанавливавшая физиологический желчеотток. Декомпрессия желчных путей производилась либо путем холецистостомии ( $n=161$ ), либо эндоскопической папиллосфинктеротомии (ЭПСТ) ( $n=163$ ). Холецистостомия под контролем лапароскопа выполнена в 13,9%, под контролем УЗИ в 32,0% и через минилапаротомный доступ в 2% случаев. Больные с опухолями ЖВП ( $n=13$ ), после стабилизации состояния были переведены в онкологический стационар для дальнейшего лечения. В большинстве случаев при МЖ на почве ЖКБ окончательной операцией была лапароскопическая холецистэктомия (97,6%). Открытые операции: холедоходуоденостомии ( $n=4$ ) или холедохоеюностомии ( $n=4$ ) были выполнены при невозможности восстановить желчеотток с помощью ЭПСТ. В ближайшем послеоперационном периоде умерло 4 больных (1,2%).

Закключение. В лечении механической желтухи доминирует двухэтапный подход с использованием малоинвазивных способов лечения. Предпочтительным методом декомпрессии ЖВП на первом этапе является чрескожное дренирование под контролем УЗИ. Открытые операции на ЖВП проводятся при безуспешности ЭПСТ.

## **СПОСОБ ЗАКРЫТИЯ ОСТАТОЧНЫХ ПОЛОСТЕЙ ПЕЧЕНИ (ОПП) В ЭКСПЕРИМЕНТЕ С ПОМОЩЬЮ БИОМАТЕРИАЛА "ЛИТАР"**

**Хижняк И.И.**

**Оренбургская государственная медицинская академия.**

**Научный руководитель – д.м.н., проф. Третьяков А.А.**

Заккрытие остаточных полостей печени (ОПП) является одной из наиболее актуальных проблем современной реконструктивной хирургии. Часто образующиеся в результате хирургического лечения очаговых заболеваний печени остаточные полости таят в себе угрозу развития грозных осложнений: кровотечения, формирование гнойных и желчных свищей, нагноение и прорыв инфицированной полости в желчные пути, и бронхиальное дерево, в брюшную полость, в поддиафрагмальное и подпеченочное пространства. Для ликвидации остаточных полостей печени предлагались различные методики, но ни одна из них не решает проблемы инфицирования и образования послеоперационных кист. Одним из путей решения этой проблемы является использование для пломбировки ОПП синтетических материалов на основе коллагена. Целью исследования явилось экспериментально-гистологическое обоснование возможности использования композитного материала «Лит-Ар» для пломбировки ОПП в условиях применения окситоцина для ликвидации ОПП. Объектом исследования были 33 беспородных белых лабораторных крыс-самцов массой 180-220 г. Выполнено 3 серии опытов. Выводы.

1. При экспериментальной имплантации силиконового шарика в паренхиму печени формируется ОПП.

2. Введение композита «ЛитАр» в ОПП оптимизирует эпителиально-соединительнотканые взаимоотношения, что в пролиферативную фазу создает предпосылки для замещения дефекта тканеспецифическим регенератом паренхиматозных элементов печени.

3. Данный способ лечебной коррекции ОПП существенно не нарушает микроциркуляцию в печени без компрессии желчеотводящих путей.

4. В серии опытов с добавлением к композиту «ЛитАр» окситоцина, ОПП заполняется тканевыми элементами органотипического регенерата в более короткие сроки.

## **ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ИНФЕКЦИОННОГО ЭНДОКАРДИТА**

**Яруллина И. Р.**

**Самарский государственный медицинский университет**

**Научный руководитель – д.м.н., проф. Иванова В. Д., д.м.н., проф. Хохлунов С.М.**

Инфекционный эндокардит по данным Ю. Л. Шевченко более чем у 40% больных длительное время остается нераспознанным или не диагностируется вообще; в 32% случаев не учитывается в дифференциальном диагнозе, а частота впервые выявленного на операции или при патологоанатомическом вскрытии составляет 25%.

Целями нашего исследования было знакомство с особенностями течения данного заболевания и анализ результатов лечения при ранней и поздней диагностике инфекционного эндокардита.

Нами проанализировано лечение 69 больных за последние 2,5 года с диагнозом «инфекционный эндокардит». Из них поражение аортального клапана выявлено у 35 человек, митрального клапана – у 14 человек, трикуспидального клапана – у 2; сочетанные поражения – у 18 человек. Средний возраст больных был  $51 \pm 1$  год. Первичный эндокардит выявлен в 24,6%, вторичный – в 75,4% случаев. При первичном эндокардите заболевание начиналось остро, характеризовалось тяжестью течения. У больных вторичным эндокардитом чаще всего была выявлена хроническая ревматическая болезнь сердца, ВПС, частые ангины в анамнезе, тонзилэктомия, повторные операции на органах ЖКТ и малого таза. Протезирование аортального клапана составило 50,7% и митрального – 18,8%, пластика трикуспидального клапана по Де-Вега выполнялась в 11,6%. Послеоперационная летальность составила 8,7%. Она была обусловлена поздним поступлением больных на стадии разрушения створок клапана, разрыва синуса Вальсальвы, подклапанных абсцессов. В послеоперационном периоде частым осложнением являлась сердечная недостаточность – (14,3%).

Можно сделать вывод, что при ранней диагностике инфекционного эндокардита и раннем оперативном вмешательстве результаты лечения и выживаемость пациентов значительно превышают таковые, чем при поздней диагностике.

## **РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ АТРАВМАТИЧЕСКИХ РАНЕВЫХ ПОКРЫТИЙ С ХИТОЗАНОМ "ГЕЛЕСОРБ" У БОЛЬНЫХ С ГНОЙНО-ДЕСТРУКТИВНЫМИ ОСЛОЖНЕНИЯМИ СИНДРОМА ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ**

**Агапов Д.Ю.**

**Саратовский государственный медицинский университет  
Научный руководитель – к.м.н., асс. Ефимов Е.В.**

Целью работы явился анализ результатов лечения больных с гнойно-некротическими осложнениями синдрома диабетической стопы с помощью применения повязки раневой атравматической с открытой чистотой структурой, с растворимым хитозановым покрытием, стерильной «Гелесорб».

В исследование были включены 86 больных с синдромом ДС, у которых имелись трофические инфицированные язвы или раневые дефекты.

Среди исследуемых мужчины составили 46 человек; женщины – 40 человек. В исследовании приняли участие больные в возрасте от 38 до 75 лет. Средний возраст пациентов был –  $58,5 \pm 2,6$  лет. Преобладали больные в возрасте от 51 до 70 лет – 65 человек. Площадь дефекта в среднем составила  $8,71 \pm 3,36$  см<sup>2</sup>.

Исследование закончили 84 больных: 1 пациент отказался от дальнейшего участия в исследовании, 1 больная исключена из-за плохой комплаентности.

Общее лечение соответствовало требованиям рекомендаций Diabetic Foot Study Group 2000-2008, алгоритмам специализированной медпомощи больным сахарным диабетом под ред. И.И. Дедова, М.В.Шестаковой, 2006.

Местное лечение проводили согласно рекомендациям Wound Healing Society.

Оценку результатов проводили по следующим параметрам:

1. степени бактериальной обсемененности
2. цитологической картины язвы
3. гистологических исследований
4. скорости заживления язвы

Результаты

Снижение уровня обсемененности ниже критического зафиксировано

к 8-9 суткам.

К 9 суткам наблюдался регенераторный тип цитограмм. К 10-12 дням появилась краевая эпителизация, которая привела к закрытию дефекта уже на 15-м дне лечения в 4х случаях. В целом сроки начала эпителизации при применении Гелесорба составили в среднем 18,3 сут. При этом уменьшение размера дефекта в день составило  $0,23 \pm 0,02$  мм/день.

Заключение

Выраженная клиническая эффективность, хорошая переносимость, простота применения позволяют рекомендовать повязку раневую атравматическую с хитозановым покрытием «Гелесорб» к широкому внедрению в повседневную практику в лечебных учреждениях практического здравоохранения в качестве еще одной методики лечения раневых дефектов при синдроме диабетической стопы.

## **ИНТРАОПЕРАЦИОННАЯ ПОЛИПОЗИЦИОННАЯ ТЕРМОМЕТРИЯ ВЫСОКОГО РАЗРЕШЕНИЯ В ДИАГНОСТИКЕ НАРУШЕНИЙ МИКРОЦИРКУЛЯТОРНОГО РУСЛА И ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ ПРИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЯХ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ**

**Паршаков А.А., Сергеев А.А.**

**Пермская государственная медицинская академия**

**Научный руководитель – д.м.н., проф. Самарцев В.А., к.м.н., асс. Гаврилов В.А.**

Цель. Разработать методику исследования и усовершенствовать программно-аппаратный комплекс для интраоперационной диагностики рака толстой кишки при помощи термометрии высокого разрешения и wavelet-анализа.

Методы исследования. Проведен анализ результатов хирургических вмешательств 20 пациентов раком ободочной кишки. Интраоперационно проводилась полипозиционная термометрия поверхности неизменной ободочной кишки и опухоли с погрешностью до 0,001 градуса. Результаты исследования обрабатывались при помощи специально разработанного программного обеспечения на основе алгоритмов wavelet-анализа. Проводилась фильтрация полученного температурного сигнала, поочередно восстанавливая интервалы частот, связанные с миогенной, нейрогенной и эндотелиальной активностью микроциркуляторного русла.

Полученные результаты. Средние показатели опухолей ободочной кишки в миогенном диапазоне составили 0,0290 герц (норма: 0,0183 герц,  $p < 0,05$ ), нейрогенном – 0,0430 герц (норма: 0,0263 герц,  $p < 0,05$ ), эндотелиальном – 0,0100 герц (норма: 0,0040 герц,  $p < 0,05$ ). У всех пациентов морфологически диагностирована аденокарцинома ободочной кишки различной степени дифференцировки.

Заключение. Полипозиционная интраоперационная термометрия высокого разрешения с применением методики wavelet-анализа позволяет проводить дифференциальную экспресс-диагностику регуляции тонуса сосудов микроциркуляторного русла неизменной ткани ободочной кишки и опухолевой ткани с оценкой эндотелиальной дисфункции.

## **СОВРЕМЕННАЯ ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ОСТРОМ ПАНКРЕАТИТЕ И ПАНКРЕОНЕКРОЗЕ**

**Бутина К.В., Чуваева В.Р.**

**Оренбургская государственная медицинская академия**

**Научный руководитель – д.м.н., проф. Демин Д.Б.**

Эффективность лечения больных острым панкреатитом во многом определяется своевременностью, качеством и надежностью полученной при использовании лучевых методов исследования информации.

Цель исследования: Оценить эффективность комбинации компьютерной томографии и малоинвазивной хирургии в лечении острого панкреатита и панкреонекроза.

Материалы и методы: Исследование охватывает 18 больных, находившихся на лечении в ГАУЗ «ГКБ им. Пирогова г. Оренбурга» в 2012 – 2013 гг., которым в процессе лечения выполнялась компьютерная томография. Компьютерная

томография выполнена на 4-5 сутки заболевания. Для оценки тяжести острого панкреатита по компьютерной томографии использовали оценку индекса тяжести, предложенную Balthazar и коллегами.

Результаты и обсуждение: Все обследованные пациенты поступили в экстренном порядке с клиникой среднетяжелого (10 человек) или тяжелого (8 человек) острого панкреатита.

13 больных (1 группа) поступили с выраженной перитонеальной клиникой, после проведенного комплексного лечения, без эффекта, выполнены лапароскопические вмешательства, выявлены признаки панкреонекроза с панкреатогенным перитонитом. На 4-6 сутки после вмешательства выполнено КТ-исследование для уточнения объема поражения поджелудочной железы и забрюшинных пространств. У 5 больных (2 группа) выявлены парапанкреатические жидкостные скопления различной локализации и объема (от 100 до 500 мл), резистентные к проводимому лечению. Следующим этапом лечения пациентов: 2 больным – пункционно-дренирующие вмешательства под ультразвуковой навигацией, 2 больным – дренирующие вмешательства из минидоступа, 1 больному – пункционное дренирование с последующим вмешательством из минидоступа.

Таким образом:

1. Четкая топическая диагностика локализации и объема поражения позволяет прицельно и эффективно выполнить малоинвазивное вмешательство.

2. Комбинация компьютерной томографии и малоинвазивной хирургии значительно улучшает результаты лечения острого панкреатита и панкреонекроза.

## **ТОПОГРАФОАТОМИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ ПОДТЯЖКИ ЛИЦА**

**Бусыгина Е.В., Баширов И.Ф.**  
**Казанский государственный медицинский университет**  
**Научный руководитель – к.м.н., доц. Баширов Ф.В.**

Пластическая операция, направленная на устранение основных признаков старения, таких как морщины и складки, жировые отложения, избыток кожи. Подтяжка лица предполагает удаление излишков кожи и, в ряде случаев, части мышечной структуры. Оставшаяся кожа натягивается, а проблемные области разглаживаются. Благодаря подтяжке можно восстановить близкие к идеальным контуры лица, в результате чего улучшается не только внешний вид, но и внутреннее состояние человека. А кому из нас не хочется выглядеть и чувствовать себя на 10-15 лет моложе? Особой популярностью подтяжка лица пользуется у тех, чей род занятий подразумевает высокую степень публичности – политиков, телеведущих, звезд шоу-бизнеса.

Пластические хирурги выделяют 5 основных признаков старения лица:

- морщины
- изменения пигментации кожи
- потеря объема («свалившиеся щеки»)
- потеря эластичности кожи
- обвисание кожи

Кому показана подтяжка лица?

Подтяжку лица рекомендуется проводить в возрасте 35-55 лет, когда внешние признаки старения уже начали проявляться, но кожа еще не утратила способности к регенерации. В зависимости от стоящих перед хирургом задач, может применяться как один, так и несколько видов подтяжки. Так, например, круговая подтяжка лица (восстановление контуров лица на основе индивидуального плана), как правило, предполагает обработку всех трех зон, однако интенсивность вмешательства может быть разной.

По глубине вмешательства выделяют:

- Подкожный лифтинг – подтяжка кожи, не затрагивающая жировую клетчатку и мышцы лица. Эффект от такой операции будет заметен у пациентов, чье лицо пока еще незначительно затронуто возрастными изменениями, однако удалить глубокие носогубные складки и обвисание кожи данным способом невозможно.
- SMAS лифтинг – предполагает работу как с кожей, так и с мышечной структурой лица, благодаря чему можно добиться значительно более впечатляющих результатов.

Операция может проводиться либо под общим, либо под местным наркозом – в зависимости от типа и глубины вмешательства.

Подтяжка лица может проводиться как с помощью обычного набора хирургических инструментов, так и с помощью эндоскопической техники (эндоскопическая подтяжка лица). Последний вариант весьма популярен, поскольку размер производимых надрезов в этом случае значительно меньше. Однако, эффективность его несколько ниже, чем у классической подтяжки.

Операция длится от 1,5 до 3 часов, а в ряде случаев и дольше (до 4-6 часов). По ее окончании, вне зависимости от типа наркоза, как минимум сутки рекомендуется провести в стационаре.

После подтяжки лица. Сразу после операции на лицо накладывается тугая повязка, которую на следующий день можно заменить на более «щадрящую». Снятия швов, как правило, не требуется (в современной пластической хирургии для работы с кожей лица все чаще используются саморассасывающиеся материалы, в том числе стремительно набирающие популярность эндотины).

В течении 2-4 недель на лице остаются отеки и гематомы. После того, как отечность спадет, можно сделать предварительный вывод о результатах операции. Окончательную форму лицо примет примерно через 6 месяцев после подтяжки.

## **МОДЕЛЬ СПИННОМОЗГОВОЙ ТРАВМЫ У СОБАК С ПРИМЕНЕНИЕМ ХЛАДАГЕНТА**

**Бурганов Р.Р.**  
**Казанский государственный медицинский университет**  
**Научный руководитель – к.м.н., доц. Баширов Ф.В.**

Нами на базе кафедры оперативной хирургии и топографической анатомии КГМУ был начат экспериментальный этап работы по интраоперационной гипотермии спинного мозга на половозрелых беспородных собаках массой 15 – 18 кг с неповрежденным и поврежденным спинным мозгом (имеется разрешение Этического Комитета). Животные были разделены на 3 группы: опытную – с применением гипотермии (27 собак), контрольную – без гипотермии (10 собак), гипотермия на интактном спинном мозге собак (9 собак) - с целью определения оптимальной температуры спинальной гипотермии и

оптимального времени экспозиции охлаждающего агента в эксперименте и клинике.

Открытую позвоночно-спинномозговую травму наносили на уровне первого поясничного позвонка L<sub>1</sub> под диссоциативной анестезией (золетил 6 мг/кг, внутримышечно, в заднюю лапу) с добавлением местной анестезии по модифицированной методике Allen. Для этого проводили ламинэктомию первого поясничного позвонка, твердую мозговую оболочку при этом оставляли интактной, затем наносили травму спинного мозга (см. рис. 1). В качестве травмирующего агента использовали металлический цилиндрик массой 20 г, который сбрасывали внутри стерильной металлической трубки длиной 20 см, установленной перпендикулярно к спинному мозгу в проекции ламинэктомированного окна (см. рис. 2). Падающий груз и трубку после нанесения удара удаляли.

На 9 собаках после ламинэктомии определяли оптимальную температуру спинальной гипотермии и оптимальное время экспозиции охлаждающего агента (хладагент). В качестве охлаждающего агента нами был выбран 0,9% раствор NaCl (далее хладагент).

После этого собакам вводили летальную дозу зоветила и извлекали участок спинного мозга длиной 5 см, включающий зону гипотермии. Во время опыта было выявлено, оптимальное время и оптимальная температура гипотермии спинного мозга составило 20 минут и + 9° С соответственно.

У собак в опытной группе ограничивался отек спинного мозга, уменьшалось кровотечение, наблюдалась положительная неврологическая динамика. В контрольной группе же наблюдалось картина отека, была отрицательная неврологическая динамика.

Вывод: гипотермия уменьшает кровоточивость тканей во время операции, снижает отёк мозговой ткани.

## **ТОПОГРАФИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ ОТОПЛАСТИКИ**

**Маркосян В.А., Подшивалов И.А.**  
**Казанский государственный медицинский университет**  
**Научный руководитель – к.м.н., доц. Обыденнов С.А.**

Существует множество методов отоластики, их выбор зависит от степени изменения (деформации) ушной раковины.

Деформации могут быть врожденными и приобретенными в результате травмы или заболевания.

Показания. Чаще всего, поводом к отоластике становится так называемая лопухость. При выполнении коррекции "оттопыренной" ушной раковины рубцы располагаются на задней поверхности уха, что делает их незаметными. При других видах деформаций, таких как свёрнутое ухо или дефект ушной раковины - разрезы и соответственно рубцы, могут располагаться и на передней поверхности. При планировании коррекции важно правильно определить положение торчащего уха. Лопухость может быть вызвана особенностями внутриутробного развития ушной раковины. Чаще всего лопухость – это следствие недостаточного развития, сглаженности противозавитка, то есть выступа на внутренней части уха, которое располагается параллельно завитку. Сама сглаженность противозавитка может полностью или частично отсутствовать, в то время, как торчит только верхняя часть ушной раковины. Причиной чрезмерного выпячивания уха может быть гипертрофия хрящевой структуры ушной раковины. Считается, что более сглаженные хрящевые рельефа завитка и противозавитка, как правило, располагаются на прочном хряще наружного уха, при этом его увеличение приводит к выпячиванию ушной раковины в целом. В ухе, расположенном в рамках нормы, иногда встречается лишь выпячивание мочки, причиной этому служат гипертрофированный размер раковины уха или особая форма хвоста завитка. Оттопыренные уши встречаются и при равномерном увеличении ушной раковины в целом. Лопухость такого рода носит название "макротия". Вышеупомянутая макротия может наблюдаться при нейрофиброматозе (болезни Реклингхаузена или сосудистой аномалии).

Обезболивание может быть, как с помощью введения местных анестетиков, так и с использованием внутривенной анестезии по желанию пациента.

Противопоказания: острый и хронический воспалительный процесс в области предстоящего вмешательства; острые инфекционные, респираторные и психические заболевания; злокачественные новообразования на лице.

## **НИЖНЯЯ БЛЕФАРОПЛАСТИКА**

**Фадеев Ф.О., Бусыгина Е.В.**  
**Казанский государственный медицинский университет**  
**Научный руководитель – к.м.н., доц. Обыденнов С.А.**

Испокон веков глаза считают зеркалом души, мужчины "тонут" в женских глазах и теряют голову в водовороте страсти. Красоту глаз воспевают романтики всех времен и народов, посвящая их красоте и глубине поэмы, стихи, песни.

Красота глаз подчеркивается нежной кожей, но с годами она теряет свои свойства, появляются "мешки", морщинки, потом более глубокие морщины, теряется эластичность и опускаются брови. Лицо выглядит усталым и выдает возраст человека. Настоящим спасением в этой ситуации является пластика век, или блефаропластика.

Блефаропластика — это операция по изменению формы век, разреза глаз (от др.-греч. βλέφαρον — веко). Данный вид оперативного вмешательства предполагает иссечение избытков кожного покрова и жировых образований.

Очень важно перед началом операции проверить отсутствие различных противопоказаний к процедуре:

- повышенное внутриглазное или артериальное давление;
- синдром сухого глаза;
- болезни щитовидной железы и сердечно-сосудистой системы;
- сахарный диабет;
- онкология;
- плохая свертываемость крови.

Показаниями для этой операции являются:

1. Наличие подкожных грыж, ("мешков" под глазами);
2. Кожные избытки и морщины.

Ошибочно мнение, что с помощью пластики нижних век можно удалить морщины наружных углов глаз ("гусиные лапки"). Для этого необходимы дополнительные хирургические или косметологические манипуляции, объем которых определяется особенностями каждого конкретного случая.

«Грыжевые мешки» под глазами можно удалять двумя способами:

1. через разрез нижнего века (через кожный доступ);

2. через разрез на конъюнктиве (транско́нъюнктивальная блефаропластика).

Второй метод не оставляет шрамов на коже.

Операции по блефаропластике проводят под внутривенным наркозом или местной анестезией, длительность может составлять от 30 минут до 3 часов.

На четвертые сутки снимаются швы. В течение нескольких дней может наблюдаться небольшой отек лица, который снимается холодными компрессами к глазам. После пластики век пару недель не рекомендуется посещение солярия и сауны, необходимо избегать физических нагрузок. Некоторое время глаза могут слезиться, особенно при неприятном ветре.

## **ТОПОГРАФОАНАТОМИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ ЗАБОРА СВОБОДНЫХ МИКРОХИРУРГИЧЕСКИХ ЛОСКУТОВ**

**Тихонова О.А., Закиров Р.М.**  
**Казанский государственный медицинский университет**  
**Научный руководитель – к.м.н., доц. Обыденнов С.А.**

Первые упоминания о лечении ран обнаружены в древнеегипетском папирусе, датированном 2600 годом до н.э. Впервые пластику мягкотканого дефекта лица дистантным лоскутом с внутренней стороны предплечья выполнил сицилийский хирург Antonio Branca, сын Gustavo Branca. По всей видимости, Эпоха Возрождения, выдвинувшая новые эстетические требования, подтолкнула Antonio Branca отказаться от использования локального лоскута. Позже дистантный лоскут применялся братьями Vianeo, Alessandro Benedetti (1460–1525). Семьи Branca и Vianeo были династиями цирюльников: они старались держать свои знания в секрете и передавали их только по наследству. Благодаря научно-педагогическому подходу к изучению дистантных лоскутов, предпринятому итальянским хирургом, профессором анатомии Gaspare Tagliacozzi (1545–1599), дистантный лоскут перестал быть коммерческим секретом и получил широкое распространение. В 1916 году В.П.Филатов предложил круглый стебельчатый лоскут, использование которого давало большое количество пластического материала. Помимо этого стебель за время созревания приобретал осевой рисунок строения сосудов с образованием замкнутой системы кровообращения, что обеспечивало его жизнеспособность. В целом перфузия таких лоскутов обеспечивалась только лишь за счет капиллярного русла, чего было зачастую недостаточно, а процент некрозов лоскутов был велик.

До наступления эры свободных лоскутов хирурги использовали либо модификации локального несвободного индийского лоскута, либо дистантного лоскута G. Tagliacozzi.

Новая эра реконструктивной и пластической хирургии наступила благодаря появлению возможности сшивания сосудов под оптическим увеличением. В 1969 году в госпитале Queen Victoria J. Cobbett выполнил микрохирургическую пересадку первого пальца стопы в позицию утраченного первого пальца кисти. Эту операцию считают родоначальницей всей хирургии свободных лоскутов. Первая пересадка у человека была выполнена K. Harii, K. Ohmori и S. Ohmori, которые использовали лоскут волосистой части головы и опубликовали свою работу в 1974 году.

Применение свободных лоскутов позволяет выполнять одноэтапные хирургические вмешательства, меньше травмировать донорскую зону, осуществлять радикальную хирургическую обработку, улучшить васкуляризацию окolorаневых тканей, сократить сроки стационарного и реабилитационного лечения.

Забор свободных васкуляризированных лоскутов является достаточно сложным хирургическим вмешательством, требующим от хирурга хорошего знания вариантной анатомии донорского места. Нами подробно разработаны методики забора наиболее распространенных лоскутов, которые могут быть полезны для хирургов различных специальностей, сталкивающихся с необходимостью реконструкции мягкотканых, костных и сочетанных дефектов разнообразных локализаций.

## **ТОПОГРАФОАНАТОМИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ ЛИПОСАКЦИИ**

**Маркосян В.А., Подщивалов И.А.**  
**Казанский государственный медицинский университет**  
**Научный руководитель – к.м.н., доц. Фраучи И.В.**

Липосакция — косметологическая операция для изменения хирургическим путем характера отложения жира на определенном участке (или нескольких участках) тела, например, на животе, бедрах, ягодицах. При этом липосакция не является методом лечения ожирения, так как не воздействует на патогенез этого заболевания и не позволяет удалять значительные количества жира. Однако визуальный эффект липосакции для фигуры может быть более значительным, чем при потере такой же массы жира другими способами.

Подходящий кандидат для липосакции:

средний или чуть выше среднего вес;

упругая, эластичная кожа;

хорошее общее состояние здоровья;

наличие локальных жировых отложений, которые не реагируют на диеты и физические упражнения.

Виды липосакции

Тумесцентная

Ультразвуковая

Лазерная

Показания

Женщины обращаются чаще всего к липосакции, чтобы убрать так называемые «галифе», а также жировые отложения на животе, талии, бедрах, ягодицах, предплечье, спине, икрах, коленях и т. д.

Мужчины в большинстве случаев хотят убрать отложения на шее, груди, спине, талии, животе и ягодицах.

Возможные осложнения

После операции может возникнуть онемение некоторых участков тела. Если бандаж был снят раньше времени, на теле могут остаться рубцы или синяки. В первые несколько недель не рекомендуется заниматься спортом и какими-либо другими физическими нагрузками.

Как правило, показаниями к проведению операции являются жировые отложения, возникающие в области живота, внутренней поверхности бедер, ягодиц, рук, икр. Липосакцию не проводят людям с острыми хроническими заболеваниями, заболеваниями внутренних органов, сахарным диабетом, болезнью кровообращения.

Крайне опасны для здоровья возможные инфекционные осложнения, инфекция распространяется по всему подкожному пространству, задействованному при операции, вызывая тяжелые гнойные поражения.

## ТОПОГРАФОАНАТОМИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ ВЕРХНЕЙ БЛЕФАРОПЛАСТИКИ

**Байков Д.Р., Ахметова Г.Р.**  
**Казанский государственный медицинский университет**  
**Научный руководитель – к.м.н., доц. Обыденнов С.А.**

Показания к операции

Жалобы, с которыми пациенты обращаются к хирургам-пластикам, сводятся к следующему:

- деформация верхнего века и образование «лишней» складки, нависающей над глазом;
- ощущение отечности или припухлости века, нарушающее красоту глаз и открытость взгляда;
- значительная сеть мелких и средней глубины морщин в наружном уголке глаз, делающая лицо значительно

старше;

- значимое повышение утомляемости глаз, связанное с изменениями век;
- изменение выражения лица из-за деформации в области век.

Когда лучше делать верхнюю блефаропластику?

Стоит сказать о том, что наиболее оптимальный для такого вмешательства возраст – около 35 лет. Это связано с тем, что процессы регенерации в организме еще достаточно интенсивны, и нежная кожа век будет быстро и хорошо заживать, не нарушая при этом общую эстетику лица и естественность взгляда.

Но это не значит, что в более позднем возрасте это вмешательство противопоказано. Его можно проводить и в 70 лет, при условии хорошего состояния здоровья пациентки или пациента. Просто следует понимать, что если проблема образовалась, то чем раньше решить ее радикальным способом, тем лучшим будет достигнутый результат.

Нередки случаи, когда за подобной помощью обращаются и люди моложе 30 лет. Показаниями к верхней блефаропластике в этом возрасте служат врожденные анатомические дефекты, такие как «тяжелые» верхние веки с эффектом нависания над глазами.

Операция

Если Вы решили, что подтяжка век необходима, то первый шаг – консультация пластического хирурга, а также полный офтальмологический осмотр и обследование соответствующего специалиста.

Анестезия чаще всего используется местная, но возможны и другие варианты обезболивания: это зависит от предстоящего объема работ и настроения самого пациента или пациентки.

Продолжительность операции редко превышает 1 час, но бывает и дольше. Сразу после ее окончания на веки накладываются компрессы с охлаждающим эффектом, которые снимаются через час. Поскольку веки имеют очень развитую сеть мелких кровеносных сосудов, процесс заживления идет быстро: на 2-3 сутки хирург или его ассистент снимает швы, а уже через 5-7 дней незначительные гематомы регрессируют и почти полностью исчезает отек.

## АНАТОМОТОПОГРАФИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ АБДОМИНОПЛАСТИКИ

**Маркосян В.А., Подшивалов И.А.**  
**Казанский государственный медицинский университет**  
**Научный руководитель – к.м.н., доц. Обыденнов С.А.**

Абдоминопластика — объемное оперативное вмешательство, осуществляемое с целью восстановления эстетических пропорций живота. Абдоминопластика направлена на иссечение избытков кожи и жировых отложений, образовавшихся после родов или в силу особенностей строения организма. Как правило, большая часть пациентов — женщины после родов.

Показания

- складки, кожно-жировой «фартук»;
- избытки кожи и подкожно-жировой клетчатки в области передней стенки живота;
- выраженные растяжки;
- расхождение прямых мышц живота;
- заметные послеоперационные рубцы в области живота.
- наличие послеродовых растяжек
- излишки кожи в надпупочной зоне
- дряблость и ослабленность брюшных мышц, отсутствие эстетичного контура талии
- образование пупочной грыжи

Противопоказания

- сахарный диабет;
- заболевания внутренних органов;
- ожирение;
- нарушение свертываемости крови.

Методика выполнения

Операция представляет собой относительно сложное и тяжелое для организма хирургическое вмешательство. В связи с этим перед её проведением нужна полноценная подготовка, проводится сбор анамнеза больного, выясняется наличие у него сопутствующих заболеваний, выполняется контроль основных показателей организма. Продолжительность операции колеблется от 2 до 5 часов, проводится абдоминопластика под общей анестезией в стационаре. Суть операции заключается в следующем: производится разрез вокруг пупка и над лобком по линии бикини. Затем хирург отделяет и приподнимает кожу и подкожную жировую клетчатку от передней брюшной стенки, укрепляет и соединяет между собой прямые мышцы живота, с помощью канюли убирает жировые отложения, осуществляет коррекцию апоневроза, формирует пупочное отверстие заданных форм и очертаний, после чего отсекает возникший избыток кожи. Затем, с целью отведения экссудата после операции, устанавливается подкожный дренаж, накладываются швы и соответствующая повязка. Рубец после выполнения абдоминопластики будет располагаться горизонтально в надлобковой зоне, незаметной под бельем.



## **ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ МАЛОИНВАЗИВНОГО ДОСТУПА ПОД УЛЬТРАЗВУКОВОЙ НАВИГАЦИЕЙ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ВНУТРИБРЮШНЫХ И ЗАБРЮШИННЫХ АБСЦЕССОВ**

**Солодов Ю.Ю.**

**Оренбургская государственная медицинская академия  
Научный руководитель – д.м.н., проф. Дёмин Д.Б.**

Абсцессы брюшной полости и забрюшинного пространства являются следствием самых различных заболеваний и требуют неотложного хирургического лечения. Представляется актуальной разработка способов минимизации операционной травмы.

Цель исследования – оценить эффективность применения малоинвазивного доступа под интраоперационным ультразвуковым контролем при хирургическом лечении больных с абсцессами брюшной полости и забрюшинного пространства.

Методы исследования. В 2011-2013 г.г. в клинике кафедры факультетской хирургии ОрГМА на базе ГАУЗ ГКБ им. Н.И.Пирогова г. Оренбурга находились 25 больных с данной нозологией, которым были выполнены оперативные вмешательства предложенным способом. У 23 пациентов причинным фактором был панкреонекроз, у 1 – поддиафрагмальный абсцесс справа после аппендэктомии, у 1 – инфицированная гематома левого поддиафрагмального пространства после устранения острой спаечной кишечной непроходимости. После выполненных вмешательств все больные получали многокомпонентное лечение согласно современным принципам интенсивной терапии.

Полученные результаты. Выполненное вмешательство по данной методике явилось окончательным у всех больных. Расширение объема вмешательства не потребовалось ни в одном случае. У двух больных с панкреонекрозом выполнена повторная ревизия полости эндоскопом с секвестрэктомией в условиях перевязочной. Средняя длительность лечения составила  $32,2 \pm 4,6$  к/д (длительность пребывания пациентов в стационаре уменьшилась в среднем на 30%). Летальных исходов в представленной группе больных не было. Все пациенты после выписки находятся под наблюдением. Рецидивы инфекционных осложнений в катамнезе у пациентов не выявлены.

Выводы. Представленный метод дренирования показал более высокую эффективность по сравнению с длительно применявшимся нами способом пункционного дренирования под контролем ультразвука (неэффективны примерно в 30% случаев, когда из-за неадекватного дренирования приходится выполнять повторные операции). Минимальная инвазивность позволила избежать раневых осложнений (нагноение операционной раны), являющихся частыми при открытых вмешательствах. Метод сочетает в себе достоинства пункции (малая травматичность) и открытой операции (возможность инструментальной ревизии с полноценной секвестрэктомией) и лишен их недостатков.

## **БЕНЗАЛКОНИЯ ХЛОРИД В ЛЕЧЕНИИ РАН**

**Григорьян А.Ю., Жилева Л.В., Горохова А.С.**

**Курский государственный медицинский университет  
Научный руководитель – д.м.н., проф. Бежин А.И., д.фарм.н., проф. Панкрушева Т.А.**

Цель исследования: изучить в эксперименте на животных ранозаживляющее действие иммобилизованного на основе натрий-карбоксиметилцеллюлозы препарата содержащего Бензалкония хлорид и Метронидазол в первую и вторую фазу раневого процесса.

Материалы: метронидазол, натрий-карбоксиметилцеллюлоза, бензалкония хлорид. Исследование проведено на 114 крысах породы «Вистар», которым моделировалась гнойная рана по методике П.И. Толстых размером 15х15 мм. В контрольной серии производилась ежедневная обработка раны 3% раствором перекиси водорода. В серии сравнения - мазью Левомеколь. В опытной серии - наложение марлевой салфетки с разработанным препаратом.

Для объективной оценки скорости заживления, процента уменьшения площади раны использовали метод Л.Н. Поповой в модификации В.И. Бирюкова.

Вычисляли средние величины количественных показателей и их средние ошибки. Достоверность различий средних величин оценивалась по критерию Манна-Уитни.

Экспериментальные раны у всех животных были сопоставимы по своей площади ( $251,8 \pm 1,97$  мм в квадрате). В серии Левомеколь и натрий-карбоксиметилцеллюлоза+бензалконий+метронидазол по сравнению с контрольной достоверные различия отмечаются с 3-х по 15-е сутки наблюдения.

На 15-е сутки площадь ран уменьшилась в 6,6 в серии натрий-карбоксиметилцеллюлоза+бензалконий+метронидазол по сравнению с контрольной серией и в 2,6 раза по сравнению с серией Левомеколь.

Процент уменьшения площади ран в 4,8 раза выше в серии натрий-карбоксиметилцеллюлоза+бензалконий+метронидазол по сравнению с контрольной серией и в 2,8 раза выше по сравнению с серией Левомеколь на 3-е сутки наблюдения, что свидетельствует о высокой активности изучаемой мази в первую фазу раневого процесса.

В серии натрий-карбоксиметилцеллюлоза+бензалконий+метронидазол скорость заживления ран самая высокая по сравнению с контрольной серией (в 4,7 раза выше) и серией Левомеколь (в 2,2 раза выше) с 1-х по 3-и сутки.

Таким образом, исследование показало, что разработанная иммобилизованная форма антисептика бензалкония хлорида в сочетании с метронидазолом оказывает выраженное ранозаживляющее действие не только в сравнении с контролем, но и при сравнении с мазью Левомеколь, что было доказано на основании планиметрического метода исследования.

## **НАУЧНОЕ НАСЛЕДИЕ Н.И. СТУДЕНСКОГО В ФОНДЕ НАУЧНОЙ БИБЛИОТЕКИ КГМУ**

**Захарова А. В.**

**Казанский государственный медицинский университет  
Научный руководитель – д.м.н., доц. Майорова Е. В.**

Казанская хирургическая школа... Это сочетание слов вызывает гордость и восхищение, уважение и признательность. Казань подарила хирургической науке и практике целую плеяду замечательных ученых. Николай Иванович Студенский (1844-1891гг.) занимает в ней достойное место. Его путь в медицину и в медицине был классическим. Вот только основные вехи этого пути... Медицинский факультет Казанского университета, защита диссертации, преподавательская и научная работа в Alma mater – лекции, операции, научные поиски. Н. И. Студенский во многих областях хирургии был первым. Он впервые в Казани применил антисептику, первым в 1890-е гг. совместно с В. М. Бехтеревым выполнил операцию на головном мозге. Жизнь Н. И.

Студенского оказалась до обидного короткой. Он скончался в возрасте 47 лет, полный энергии и страстной любви к делу. Остались незавершенными дела, нереализованными мечты и планы. Но ничего не исчезает бесследно. Сохранились воспоминания, исследования о его деятельности. И главное – имеется научное наследие ученого, хранящееся в фонде научной библиотеки КГМУ. Вот только некоторые из его трудов:

- По инициативе Н. А. Студенского с 1871 года стал издаваться «Дневник общества врачей г. Казани» - уникальный исторический источник, в котором публиковались научные статьи, доклады, статистические данные о заболеваемости. Сам он на страницах «Дневника» в 1871-1882 гг. опубликовал 29 статей. Все они сохранились.

- «К учению об образовании мочевых камней. Диссертация на степень доктора медицины Н. Студенского», 1873 года, в которой обобщены результаты его экспериментальных исследований об этиологии мочекаменной болезни.

- «Курс ортопедии, читанный студентам-медикам 3 курса Императорского Казанского университета доцентом Н. Студенским», Санкт-Петербург, 1885 год – первое в России отечественное руководство по этой теме. В научной библиотеке имеются и другие труды Н. И. Студенского. Любой из них – ожившие страницы истории хирургии, связь веков и течение времени.

## **ВОЗВРАТНАЯ СТЕНОКАРДИЯ У БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ ЧРЕСКОЖНОГО КОРОНАРНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА**

**Новиков А.А.**

**Казанский государственный медицинский университет  
Научный руководитель – к.м.н., доц. – Билалов И.В.**

Цель исследования: проанализировать причину развития возвратной стенокардии у больных ИБС после проведенного стентирования коронарных артерий.

Материал и методы: нами проанализированы 22 медицинские карты стационарного больного прооперированных в условия кардиохирургического отделения МКДЦ г. Казани в 2012- 2013 гг.

Результаты исследования: за период 2012-2013 гг. выполнено 1160 операций коронарного шунтирования, из них у 22 пациентов операции были выполнены после стентирования коронарных артерий. У 14 пациентов, операция потребовалась через 6 месяцев, из них у 2 пациентов хирургические вмешательства выполнены через 1 месяц. У 18(81,8%) пациентов выполнены шунтирующие операции на тех же артерий, которые ранее были стентированы. У двух пациентов, у которых возврат стенокардии наблюдался меньше чем через месяц, были выполнены операции на других коронарных артериях, которые ранее не стентировались, причем эндоваскулярные вмешательства у них были проведены в плановом порядке. Проанализированные коронарограммы больных до стентирования показало, что в среднем у пациентов наблюдались от 4 до 8 стенозов, при этом устанавливался 1 или 2 стента. У 7(31 %) пациентов был выявлен высокий уровень холестерина, из них только 3 пациентов получали статины, остальные, несмотря на рекомендации статины не принимали. Сахарным диабетом страдали 4 пациентов: у 2 операция была выполнена через 3-4 месяца, у одного через 14 месяцев, другого через 2 года. У 6 пациентов (27,2 %) наблюдалось снижение сократительной способности миокарда после стентирования, все они были оперированы до 6 месяцев после стентирования.

Выводы: 1. Снижение фракции выброса после стентирования коронарных артерий может служить маркером неадекватной реваскуляризации.

2. Ранее выполненное стентирование коронарных артерий не является фактором риска при выполнении коронарного шунтирования.

3. Ранний возврат стенокардии (до 1 месяца) после проведенного стентирования, по нашему мнению, связан с неадекватной реваскуляризацией миокарда.

## **ЭКСТРАВАЗАЛЬНОЕ АРМИРОВАНИЕ СОННЫХ АРТЕРИЙ В ЭКСПЕРИМЕНТЕ - КАК НОВЫЙ МЕТОД ПРОФИЛАКТИКИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ АНЕВРИЗМ**

**Самохин Н.В., Чернявин М.П., Пузырёв М.О.**

**Ивановская государственная медицинская академия  
Научный руководитель – к.м.н., доц. Кузьмин А.Л., к.м.н., доц. Калашникова Н.А.**

Цель исследования: применить экстравазальное армирование сонных артерий в эксперименте, оценить его эффективность. Материалы и методы: отработка техники оперативного вмешательства проведена с использованием трупного материала, предоставленного патологоанатомическим отделением Ивановской областной клинической больницы. В соответствии с федеральным законодательством материал изымался у невостребованных трупов и возвращался для утилизации после проведения эксперимента. Для исследования мы отобрали 16 пар фрагментов общей сонной артерии с областью бифуркации, а также 16 фрагментов большой подкожной вены бедра и голени. Все образцы разделили на 3 группы. 1-ю группу составили образцы, в которых не удалялась интима и максимально сохранялась адвентициальная оболочка. 2-ю группу составили образцы, у которых экспериментальная операция дополнялась удалением атеросклеротической бляшки, при этом адвентия максимально сохранялась. 3-я группа образцов, вмешательство на которых сопровождалось удалением атеросклеротической бляшки и адвентициальной оболочки. Каждая группа разделена на две подгруппы: с экстравазальным армированием и без него. Для экстравазального армирования сонных артерий использовался стандартный полипропиленовый сетчатый эндопротез (пластина). Для стандартизации полученных результатов один из экземпляров подвергался армированию, другой составлял подгруппу контроля. Разрыв артерий производился интраартериальным баллоном. Оценивались: давление, при котором происходит разрыв сосуда, локализация разрыва, давление при котором не происходило разрыва. Полученные данные обрабатывались в программе Statistica 6.0. Результаты: Группа № 1 – сохранены все оболочки: давление разрыва с армированием 10,5 – 16,0 (среднее 13,1±2,30); контроль 5,55 – 8,5 (среднее 7,0±1,12); (P<0,05). Группа № 2 – удалена атеросклеротическая бляшка: давление разрыва составляет 12,0 – 16,0 (среднее 14,2±2,05); группа контроля – 7,5-8,5 (среднее 7,7±0,27); (P<0,05). Группа № 3 – удалена атеросклеротическая бляшка и адвентия. Давление разрыва – 13,5 – 23,0 (среднее 17,3±3,29); контрольная группа – 6,0-7,5 (среднее 6,83±0,52); (P,0,05). Выводы: Экстравазальное армирование сонных артерий в эксперименте достоверно увеличивает прочность последних в 2,5-3,0 по сравнению с неармированными.

## **ЭНДОВИДЕОХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БИЛИАРНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ЭХИНОКОККОЗА ПЕЧЕНИ**

**Койчуев Р.А., Нуриева А.М.**  
**Дагестанская государственная медицинская академия**  
**Научный руководитель – д.м.н., проф. Османов А.О.**

Механическая желтуха в результате прорыва оболочек и элементов эхинококка печени в билиарное дерево, цистобилиарные свищи, острый холангит на этом фоне, стенозирующий папиллит, образование наружных желчных фистул в послеоперационном периоде, являются одними из серьезных осложнений хирургического лечения эхинококкоза печени. В клинике общей хирургии Дагестанской государственной медицинской академии с 1996 года по настоящее время пролечено 1023 больных с эхинококкозом печени. Из них билиарные осложнения с развитием механической желтухи и острого холангита наблюдались у 232 (22,6%) больных. С целью улучшить результаты лечения этих больных мы применили эндоскопическую папиллосфинктеротомию (ЭПСТ) у 22 (2,1%) пациентов и в случаях, где выполнение (ЭПСТ) было невозможно, выполнили интраоперационную холедохоскопию. Интраоперационная холедохоскопия выполнена у 210 (20,5%) больных. Размеры эхинококковых кист варьировали в пределах от 5,7 см до 11,8 см, имели различную локализацию в сегментах печени. Во время операции, после эвакуации содержимого эхинококковой кисты и антипаразитарной обработки остаточной полости, выполняли эндовидеооскопию остаточной полости, для выявления цистобилиарных свищей, их расположения по отношению к сегментарному строению печени. После холедохотомии, в просвет холедоха проводили холедохоскоп и выполняли извлечение хитиновых оболочек и дочерних кистозных формирований паразита. После освобождения билиарного дерева выполнялся лаваж билиарного дерева с интрахоледохеальным введением озонированного физиологического раствора в концентрации 4 мг/л.

Выводы. При подтверждении прорыва эхинококкоза в желчные пути показано выполнение эндоскопической папиллосфинктеротомии и эндоскопической ретроградной холангиопанкреатографии. В остальных случаях, необходимо выполнение интраоперационной холедохоскопии с экстракцией оболочек паразита с дочерними кистами из желчных протоков. Выполнение интраоперационной холедохоскопии с тщательной ревизией и с последующим интрахоледохеальным лаважом озонированным физиологическим раствором, позволили существенно улучшить результаты лечения больных эхинококкозом печени с прорывом оболочек паразита в билиарный тракт.

## **ПРОИЗВОДНЫЕ СЕРДЕЧНОГО ВЫБРОСА У БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ КОРРЕКЦИИ ДЕФЕКТА МЕЖПРЕДСЕРДНОЙ ПЕРЕГОРОДКИ СЕРДЦА**

**Рахмонов Т.Б., Кутбединов Х.С., Ямнов И.В.**  
**Таджикский государственный медицинский университет имени Абуали ибни Сино**  
**Научный руководитель – д.м.н., проф. Артыков К.П.**

Цель. Оценить данные центральной гемодинамики, полученные методом торакальной реографии (ТРГ), у больных после коррекции вторичного дефекта межпредсердной перегородки.

Материалы и методы. В отделении кардиохирургии РНЦССХ в период с 2012 по 2013 гг под нашим наблюдением находились больные с дефектом межпредсердной перегородки. Общее количество пациентов 32. Пол: мужчин - 12(37,5 %), женщин- 20(62,5%), возраст  $18,1 \pm 7,8$  (5 - 63) лет. Проводилась интегральная реография, с помощью реографа «Диамант-М». Исследование проводилось на третьи сутки после операции. Оценивались следующие показатели: ударный индекс (УИ 40-45 мл/м<sup>2</sup>), сердечный индекс (СИ 2,5-4,5 л/м<sup>2</sup>), КДИ —так называемый показатель, отражающий напряжение легких, функция которых направлена на нормализацию венозного возврата крови и преднагрузки на фоне сниженного пульсового объема крови ( $N \sim 0.99$  усл. ед).

Результаты. Данные полученные реографическим методом дают отклонение от нормы: МОК  $4,35 \pm 0,48$ ; УИ  $18,7 \pm 3,9$ ; СИ  $1,77 \pm 0,48$ ; КДИ  $2,3 \pm 1,27$ ; КИТ  $77,1 \pm 1$ ; ОПСС  $2006 \pm 275$  дин; РЛЖ  $5,63 \pm 2,46$ . При реографии интерпретируются данные и показатели на основе суммарной пульсовой волны распространяющейся в основном по сосудам грудной клетки, что дает картину гемодинамики не только в сердце, но и во всем теле. Данные полученные ТРГ, такие как ОПСС, РЛЖ, КДИ и КИТ увеличены по сравнению с нормальными показателями. Увеличение КИТ в 1,5 раза по сравнению с нормой, косвенно указывает на степень сужения периферического сосудистого русла до уровня прекапилляров, что указывает на уровень катехоламинов в крови. При депрессии миокарда после операции, когда мобилизуются процессы адаптации увеличив кровоток по полым венам во время вдоха, это приводит к увеличению притока крови к сердцу.

Вывод. Торакальная реография тела позволяет оценить состояние гемодинамики и адаптационных процессов у больных после хирургической коррекции порока сердца, а также адекватно оценивать состояние пациента в послеоперационном периоде.

## **ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ИСКУССТВЕННЫХ КЛАПАНОВ В ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОЙ ВЕНОЗНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ**

**Борисов Д.В.**  
**Казанский государственный медицинский университет**  
**Научный руководитель – к.м.н., доц. Миролюбов Б.М.**

Актуальность. Общепринятым является мнение о том, что патология венозной системы имеет огромное влияние на экономику развитых стран. Несмотря на то, что заболевания вен являются не менее сложной проблемой, чем, например, заболевания периферических артерий, их диагностика и лечение страдают от недостатка интереса и поддержки со стороны общемирового медицинского сообщества. Хроническая венозная недостаточность (ХВН) поражает 10-35% населения развитых стран. Заболевание чаще встречается у пожилых людей: в 4-5 раз чаще, чем у молодых и у лиц среднего возраста. В США ХВН находится на седьмом месте в списке наиболее распространенных тяжелых хронических заболеваний.

Цель исследования. Рассмотреть ключевые этапы в истории открытия клапанов глубоких вен, оценить возможность использования искусственных клапанов на основании клинических исследований и экспериментов над животными.

Методы. Обзор отечественной и зарубежной литературы по данной тематике.

Результаты. Первое упоминание о клапанах в венозной системе относится к 1545 году. Charles Estienne обнаружил в печеночных венах то, чему впоследствии дал название «арорhyses membranarum». По его мнению, они препятствовали обратному току крови по аналогии с клапанами сердца. В 1889 Karl Klotz предположил наличие взаимосвязи между снижением количества венозных клапанов в венах нижних конечностей и развитием варикозного расширения вен.

Искусственные венозные клапаны являются альтернативным методом лечения ХВН. Первая аутоотрансплантация венозного клапана была проведена De Weese и Niguidala на собаке в 1960 году. С середины 60-х годов было протестировано множество моделей искусственных клапанов. Эти одно-, двух-, и трехстворчатые клапаны изготавливались из аллотрансплантатов, ксенотрансплантатов или синтетических материалов и тестировались на собаках, свиньях и овцах. В настоящее время все большее распространение получают искусственные клапаны, устанавливаемые путем чрескожного введения. Они изготавливаются из нитиноловой трубки, обработанной лазером, и имеют 4 зубца для стабилизации клапана.

Выводы. Современные методы лечения ХВН по-прежнему остаются чересчур инвазивными и дают лишь кратковременный результат. Необходимо разработка новых моделей имплантируемых клапанов и минимально-инвазивных методик их введения и установки.

## **ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ТИОКТОВОЙ КИСЛОТЫ В КОНСЕРВАТИВНОМ ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО АЛКОГОЛЬНОГО ПАНКРЕАТИТА**

**Фуныгин М.С., Солодов Ю.Ю., Чегодаева А.А.  
Оренбургская государственная медицинская академия  
Научный руководитель – д.м.н., доц. Демин Д.Б.**

Острый панкреатит (ОП) является полиэтиологическим заболеванием. Этиологическая роль алкоголя в развитии ОП составляет от 50 до 80%. В рамках концепции «обрывающей» терапии (до формирования панкреонекроза), действующей на ведущие патогенетические звенья, лечение наиболее эффективной именно в первые сутки. В данном ракурсе представляет интерес тиоктовая кислота (ТК), являющаяся мощным антиоксидантом.

Цель работы – обоснование эффективности применения ТК в лечении алкогольного ОП.

Материалы и методы.

При выполнении работы обследованы 89 больных с подтвержденным алкогольным ОП, находившихся на лечении в ГАУЗ ГКБ им. Н.И. Пирогова г. Оренбурга в 2012-2014 гг.

Критериями отбора пациентов были: 1) алкогольная этиология ОП; 2) досуточный срок заболевания на момент госпитализации; 3) тяжесть ОП по шкале Glasgow-Imrie (1984) не менее 2 баллов.

Все обследованные больные разделены на 2 группы. В I группе (45 человек) всем пациентам проводилось традиционное комплексное лечение по общепринятой методике.

Пациентам II группы (44 человека) при поступлении и далее ежедневно в течение всего периода лечения дополнительно вводили внутривенно капельно 600 мг ТК в сутки.

Результаты.

В I группе пролечены консервативно без развития признаков панкреонекроза 11 (24,4%) пациентов, во II – 16 (36,4%) больных.

Использование ТК как одного из звеньев комплексного патогенетически обоснованного консервативного лечения в рамках «обрывающей» терапии позволило у 5 (11,4%) пациентов II группы вызвать феномен «обрыва». Во II группе у 3 (6,8%) пациентов с развившимся панкреонекрозом, подтвержденным при УЗИ и КТ, удалось добиться выздоровления, используя только комплексную интенсивную консервативную терапию.

В I группе все пациенты, у которых развился панкреонекроз, были оперированы, несмотря на полный комплекс применяемого лечения.

Из обследованных больных летальный исход наступил у 8 пациентов с панкреонекрозом (8,9%), все эти пациенты были прооперированы.

Выводы.

Таким образом, включение ТК в комплексную патогенетическую консервативную терапию позволяет локализовать процесс и в ряде случаев вызвать полное обратное развитие симптомов ОП (феномен «обрыва»).

## **РАННИЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ОПЕРАЦИЙ РАДИОЧАСТОТНОЙ АБЛЯЦИИ ТРИГГЕРНЫХ ФОКУСОВ ПРЕДСЕРДИЙ ВО ВРЕМЯ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ МИТРАЛЬНЫХ ПОРОКОВ У БОЛЬНЫХ С МЕРЦАТЕЛЬНОЙ АРИТМИЕЙ**

**Байрамов И.И.  
Казанский государственный медицинский университет  
Научный руководитель – к.м.н., доц. Харитонов Г.И., к.м.н., асс. Абдульянов И.И.**

Мерцательная аритмия (МА) – осложнение пороков митрального клапана, обусловленное дилатацией левого предсердия (ЛП). Как правило, восстановление функции митрального клапана (МК) недостаточно для ликвидации МА. Радиочастотная абляция (РЧА) прерывает патологические круги повторного возбуждения, т.е. механизм возникновения МА. Опыт РА во время операций на митральном клапане требует изучения.

Цель исследования: выявление факторов, влияющих на успех сочетанных вмешательств.

Методы исследования: изучение архива отделения «кардиохирургия-2» ГУ МКДЦ. Учитывались тип МА (пароксизмальная, либо хроническая, ранее купированная медикаментами, либо персистирующая), размер ЛП. Принимались во внимание тип операции на клапане, объем РЧА. Изучались исходы: успешность восстановления синусового ритма и осложнения, такие как рецидив ФП и блокады сердца.

Полученные результаты: В 2012-13 гг сочетанные операции выполнены 39 больным. Одиннадцать пациентов имели пароксизмальную форму ФП, пять человек – ФП в анамнезе. Двадцать три – персистирующую ФП в момент операции. В 34 случаях проведено протезирование МК, в пяти случаях – его пластика. Тридцати семи больным выполнена РА левого предсердия, двум пациентам – двупредсердная РА. Стойкое восстановление синусового ритма произошло у 36 пациентов (74%). Четырнадцать пациентов этой группы получали кордарон после операции. В трёх случаях произошел срыв ритма; эти больные имели постоянную хроническую МА. В семи случаях (18%) операция осложнилась стойкой атриовентрикулярной блокадой, потребовавшей имплантации электрокардиостимулятора. Смертей не было.

Заключение: РЧА во время операций по поводу митральных пороков эффективна не только при пароксизмальной ФП, но – иногда – и при хронической персистирующей ФП. В большинстве случаев для закрепления эффекта операции требуется антиаритмическая терапия. РЧА может осложняться полной поперечной блокадой сердца. Вероятно, это осложнение объясняется техническими погрешностями, а не типом операции.

## **КОРРЕКЦИЯ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ИЛЕОЦЕКАЛЬНОГО КЛАПАНА С ПРИМЕНЕНИЕМ МИКРОХИРУРГИЧЕСКОЙ ТЕХНИКИ**

**Савин Д.В.**

**Оренбургская государственная медицинская академия**

**Научный руководитель – д.м.н., проф. Третьяков А.А., д.м.н., проф. Каган И.И.**

Недостаточность илеоцекального клапана, характеризующаяся забросом толстокишечного содержимого в подвздошную кишку, является одной из наиболее часто встречающихся патологий илеоцекальной области.

Существующие методы хирургической коррекции недостаточности илеоцекального клапана немногочисленны и не устраняют непосредственной причины толстокишечного рефлюкса.

Одним из путей улучшения результатов вмешательств на элементах илеоцекальной заслонки, по нашему мнению, может явиться внедрение микрохирургической техники.

Целью настоящего исследования явилось анатомо-экспериментальное обоснование и разработка восстановительной внутрипросветной микрохирургической операции на илеоцекальном клапане при его несостоятельности.

Материал и методы исследования.

Исследование было выполнено на 151 объектах, из которых 21 животных (собаки) и 130 трупов людей. Раздел по анатомическому обоснованию восстановительной микрохирургии илеоцекального клапана выполнен на органокомплексах, полученных от 130 трупов людей обоего пола в возрасте от 21 до 82 лет. Проводилось морфологическое и гистопографическое исследование илеоцекального сфинктера в норме и при патологии. Экспериментальная часть исследования выполнена на 21 беспородных собаках обоего пола весом от 5 до 12 кг. Были проведены 2 серии экспериментов с применением различных хирургических восстановительных методик.

Результаты исследования

На основе этих данных разработан способ внутрипросветной коррекции при недостаточности илеоцекального клапана с применением микрохирургической методики. Получены новые данные о динамике заживления илеоцекального сфинктера после восстановительной операции с применением микрохирургического способа, определены морфологические и функциональные характеристики илеоцекального сфинктера в различные сроки после операции.

Заключение

Полученные в ходе выполнения экспериментов данные показывают, что использование микрохирургической техники позволяет улучшить как ближайшие, так и отдаленные результаты операции благодаря восстановлению сфинктерных и антирефлюксных свойств. Сводится к минимуму риск развития несостоятельности швов, вследствие благоприятно протекающих репаративных процессов.

## **НОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ЛЕЧЕНИИ ГНОЙНЫХ РАН**

**Измайлов А.А., Измайлова М.А.**

**Казанский государственный медицинский университет**

**Научный руководитель – к.м.н., асс. Измайлов А.Г.**

Несмотря на совершенствование хирургических методов профилактики раневой инфекции, инфильтраты и нагноения послеоперационных ран продолжают занимать одно из ведущих мест среди всех госпитальных осложнений. Частота послеоперационных гнойно – воспалительных осложнений со стороны лапаротомных ран колеблется от 2,7 до 37,8% .

Цель исследования - улучшение результатов лечения больных с гнойными ранами передней брюшной стенки путем разработки нового способа лечения. Проведен анализ результатов лечения 72 больных в возрасте от 35 – 78 лет, оперированных по поводу различной острой хирургической патологии органов брюшной полости в отделении хирургии Госпиталя для ветеранов войн г. Казани, за период с 2002 г. по 2010 года. Послеоперационный период осложнился нагноением раны.

С 2002 по 2006 года 43 больным с нагноением послеоперационных ран применяли традиционные методики включающие в себя: местное применение антисептиков, ферментов, резиновых дренажей и дренажных трубок. С 2006 по 2010 года 29 больным в клинике применялся разработанный нами способ, который заключался в применении оригинального дренажного устройства, местно марлевые тампоны пропитанные 30 – 50% раствора гидрохлорида ксимедона и ультразвуковой метод (Патент РФ №2261699). В послеоперационном периоде в полость гнойной раны на всем протяжении устанавливалось дренажное устройство. Через отводящий конец устройства заполняли 30 – 50% водным раствором гидрохлорида ксимедона. Затем в просвет трубки рабочей части устройства вводили ультразвуковой излучатель и производили внутриполостное ультразвуковое воздействие в среднем в течение 4 – 10 минут, далее эвакуировали раствор. Клиническая эффективность местного лечения гнойных ран в фазу воспаления, показала, что применение разработанного способа, появление грануляций составили на 2 – 3 сутки, а сроки наложения вторичных швов на 3 – 4 сутки послеоперационного периода.

Использование разработанного способа для лечения гнойных ран передней брюшной стенки ведет к ускорению процессов физиологической регенерации и репарации тканей, что способствует улучшению результатов лечения больных с данными осложнениями.

## **К 140 ЛЕТ СО ДНЯ РОЖДЕНИЯ БОГОЛЮБОВА ВИКТОРА ЛЕОНИДОВИЧА**

**Бусыгина Е.В., Подшивалов И.А.**  
**Казанский государственный медицинский университет**  
**Научный руководитель – к.м.н., доц. Баширов Ф. В.**

Хирург, родился в 1874 г. Образование получил в Казанском университете. В 1904 г. защитил докторскую диссертацию, в 1906 г. - приват-доцент Казанского университета. В 1905 и 1908 - 1909 годах был в заграничной научной командировке. В 1911 г. назначен профессором на кафедру хирургии в Саратовском университете. Имеет свыше 15 научных трудов, из которых главные: "Резекция придатка яичка и операция анастомоза на семенных путях" (Казань, 1903), "К вопросу о панкреатических кистах" ("Русский хирургический архив", 1906), "Хирургические заболевания и повреждения поджелудочной железы. В 1913 г. Виктор Леонидович возвращается в Казань, где избирается заведующим кафедрой оперативной хирургии и топографической анатомии Казанского университета. В годы 1-ой мировой войны занимал должность главного врача Госпиталей Союза городов и главного хирурга Общины Красного Креста в Казани. С 1917 г. Боголюбов заведовал кафедрой общей хирургии, в 1920 г. на базе бывшей земской больницы (1-й городской) организовал пропедевтическую хирургическую клинику, что обеспечивало преподавание клинического курса. В 1923 г. Боголюбов получает кафедру хирургии Казанского ГИДУВа, а в 1926 г. - кафедру госпитальной хирургии Казанского университета. Ему принадлежит более 100 научных работ, из них 3 монографии и ряд руководств, посвященных вопросам хирургии мирного и военного времени; травмам органов брюшной полости и забрюшинного пространства, заболеваниям периферических сосудов. Виктор Леонидович является пионером широкого практического использования аутодермальных жгутиков для пластических целей; разработал новый способ орхидопексии фасциальной пластинкой (1926), предложил оригинальный способ восстановления брюшной стенки при диастазе прямых мышц живота с помощью погружных швов (1926). Им написан первый советский учебник по общей хирургии (1923). Руководство по неотложной хирургии (1931). Боголюбов умер г. в Москве, где находился на лечении. Кремация произведена 10 марта. Прах был доставлен в Казань и захоронен на Арском кладбище. Постановлением Совета Министров ТАССР от 2 апреля 1935 г. имя В.Л. Боголюбова присвоено хирургической клинике ГИДУВа и там была установлена мемориальная доска.

## **К 80 ЛЕТ СО ДНЯ РОЖДЕНИЯ ДАВЛЕТШИНА АМИРХАНА ХАСАНОВИЧА**

**Бусыгина Е.В., Маркосян В.А.**  
**Казанский государственный медицинский университет**  
**Научный руководитель – к.м.н., доц. Обыденнов С.А.**

Хасановича Зав. кафедрой оперативной хирургии и топографической анатомии (1991-1999). В 1954 г. поступил на лечебно-профилактический факультет КГМИ, который в 1960 г. окончил по специальности «лечебное дело» и получил назначение в Чистопольскую Центральную районную больницу врачом-хирургом. За время работы в Чистополе (1960-1969) Амирхан Хасанович овладел методами оперирования на органах желудочно-кишечного тракта, гепатопанкреатодуоденальной области, мочеполовой системы. В 1969 г. А.Х. стал очным аспирантом кафедры оперативной хирургии и топографической анатомии КГМИ (1969-1972), руководимой известным топографо-анатомом В.Х. Фраучи. В 1973г. Амирхан Хасанович защитил кандидатскую диссертацию на тему "Морфология кровеносных сосудов двенадцатиперстной кишки человека и последствия их перевязки в эксперименте на собаках".. В годы подготовки в аспирантуре Амирхан Хасанович одновременно работал врачом-хирургом и урологом в поликлиниках г. Казани (№2, № 11). Амирхан Хасанович автор и соавтор более 120 статей, двух монографий («Хирургия повреждений 12 перстной кишки» (1998); «Дуоденальная культя» (2000), 6 учебных пособий, 6 методических рекомендаций, имеет авторское свидетельство «Белковый пищевой продукт» (1981), патент на изобретение «Устройство для обработки ран» (1999). Под его руководством защищены 5 кандидатских и одна докторская диссертация. Заслуженный деятель науки РТ (1994). Работа Амирхана Хасановича Давлетшина: "Забрюшинная гематома, диагностика и лечение" была включена во Всесоюзную программу по неотложной хирургии на XII пятилетку (1986-1990). Благодаря трудам А.Х. и его учеников Ф.В. Баширова, С.В. Доброквашина, М.Ю. Кедрина, Ф.Г. Биккинеева, А.А. Кормилица и др. проблемы диагностики и лечения забрюшинных гематом стали известны широкой хирургической общественности. Кафедра оперативной хирургии и топографической анатомии КГМУ заняла видное место среди хирургических кафедр России и внесла достойную лепту в достижения отечественной медицины.

## **К 110 ЛЕТИЮ СО ДНЯ РОЖДЕНИЯ ЛАБОККА АБРАМА ИОСИФОВИЧА**

**Бусыгина Е.В., Фадеев Ф.О.**  
**Казанский государственный медицинский университет**  
**Научный руководитель – к.м.н., доц. Фраучи И.В.**

Зав. кафедрой топографической анатомии и оперативной хирургии (1940-1948). Получив среднее образование, в 1920 г. был зачислен студентом медицинского факультета Воронежского университета, который успешно окончил в 1925 г. После окончания медицинского факультета Абрам Иосифович находился в рядах Советской Армии, а в 1927 г., после демобилизации, был избран ординатором факультетской хирургической клиники Саратовского университета. Работая под руководством знаменитого хирурга профессора С. Р. Миротворцева, Абрам Иосифович успешно заканчивает ординатуру, проведя значительное количество разнообразных операций. В 1930 г. А. И. избирается ассистентом кафедры оперативной хирургии медицинского факультета Воронежского университета, где под руководством проф. И. В. Георгиевского ведет плодотворную научную и педагогическую работу. За этот период им было написано несколько работ, посвященных изучению анатомии, исследованию симпатической нервной системы. В 1934 г. Абрам Иосифович избирается заведующим кафедрой оперативной хирургии Архангельского медицинского института и утверждается в ученом звании доцента. В 1937 г. А. И. успешно защитил докторскую диссертацию, посвященную хирургической анатомии и оперативным вмешательствам на симпатической нервной системе, а в 1938 г. был утвержден в ученом звании профессора. С 1940 по 1948 гг. А. И. заведует кафедрой оперативной хирургии КГМИ и одновременно — кафедрой Казанского стоматологического института. В это время под его руководством было выполнено 4 кандидатских диссертаций. В период Великой Отечественной войны А. И. состоял консультантом-хирургом ряда эвакуационных госпиталей Казани, где, помимо создания консультативной и методической помощи, провел

большое количество операций. В 1950 г., в связи с переводом Казанского стоматологического института в Караганду, Абрам Иосифович назначается заведующим кафедрой оперативной, хирургии Карагандинского медицинского института. Одновременно он работает в должности заместителя директора института по научной и учебной части. В 1955 г. А. И. был приглашен заведовать кафедрой оперативной хирургии Благовещенского медицинского института.

#### **К 160-ЛЕТИЮ СО ДНЯ РОЖДЕНИЯ МАЛИНОВСКОГО ЛЬВА АЛЕКСАНДРОВИЧА**

**Бусыгина Е.В., Баширов И.Ф.**  
**Казанский государственный медицинский университет**  
**Научный руководитель – к.м.н., асс. Гайнутдинов З.И.**

Зав. кафедрой топографической анатомии и оперативной хирургии (1891-1893). По окончании курса наук в императорской медико-хирургической академии, в 1877 г. был командирован на театр военных действий русско-турецкой войны, где и работал в госпиталях и на передовых перевязочных пунктах батумского отряда. В деле на реке Кинтриши, близ Батума, находясь на передовом перевязочном пункте, был контужен пулей в левую ногу. В 1878 г. прикомандирован к клиникам императорской военно-медицинской академии. В 1879 г. был назначен в 89-й пахотный Беломорский полк, в 1881 г. переведен в гельсингфорский военный госпиталь и прикомандирован с научной целью к клиникам военно-медицинской академии. В мае 1882 г. защитил докторскую диссертацию. В октябре 1882 г. уволен согласно прошению от военной службы. Будучи еще на военной службе, а затем по выхода в отставку, работал в качестве ассистента при профессор Рейере в хирургическом отделении Николаевского военного госпиталя, на женских врачебных курсах. В сентябре 1883 г. был назначен помощником директора могилевской центральной фельдшерской школы и ординатором больницы могилевского приказа общественного призрения. В 1887 г. назначен старшим врачом могилевских богоугодных заведений, а в 1888 г., вместе с тем, и директором, вышеназванной фельдшерской школы. В августе 1888 г. уволился от названных должностей и переехал на жительство в Киев, где в 1889 г. утвержден, согласно представлению медицинского факультета, приват-доцентом хирургической патологии при университете св. Владимира. В том же году был командирован министерством народного просвещения на казенный счет за границу, с научной целью, на один год. По возвращении из заграничной командировки и по представлению о ней отчета, 19 ноября 1891 г. Лев Александрович назначен в Казанский университет экстраординарным профессором по кафедре оперативной хирургии. 12 сентября 1893 г. перемещен на кафедру хирургической факультетской клиники университета св. Владимира в Киев.

#### **К 115-ЛЕТИЮ СО ДНЯ РОЖДЕНИЯ МАТОЧКИНА ИВАНА НИКИТОВИЧА**

**Бусыгина Е.В., Баширов И.Ф.**  
**Казанский государственный медицинский университет**  
**Научный руководитель – к.м.н., доц. Обыденнов С.А.**

Зав. кафедрой топографической анатомии и оперативной хирургии (1938-1940). С 1920 по 1924 гг. учился в Вятской фельд-шерской школе, после окончания которой работал в Яранской городской больнице фельдшером. В 1927 г. по решению уездного совета профсоюзов командировался для продолжения медицинского образования в Иркутский университет. После двух лет учебы переводится в Казанский университет. В 1929 г. Иван Никитович поступает лаборантом на кафедру нормальной анатомии, где ему поручают вести практические занятия со студентами. По окончании мед.института в 1931 г. Маточкин направляется на работу ассистентом к профессору В. Н. Терновскому на кафедру нормальной анатомии КГМИ. В 1937 г. им защищена кандидатская диссертация. Кроме работы на кафедре анатомии, И. Н. Маточкин с 1931 г. по 1933 год работает по совместительству начальником отдела кадров Татарского Наркомздрава и в течение 6 лет начальником санчасти НКВД. В 1938 г. он утверждается в звании доцента и переводится на заведование кафедрой топографической анатомии и оперативной хирургии КГМИ. В 1940 г. Маточкин избирается заведующим кафедрой нормальной анатомии Архангельского медицинского института. В 1942 и 1943 г. по совместительству работает директором фельдшерской школы, активно участвует в народном ополчении. В 1945 г. он успешно защищает докторскую диссертацию. В 1946 г. Маточкин назначается деканом медицинского института, где он работает в течение 2 лет. В 1949 г. он назначается заместителем директора по научной работе, а затем директором института, на этой должности он работает по 1954 г. В дальнейшем Маточкин продолжает руководить кафедрой нормальной анатомии.

#### **К 175-ЛЕТИЮ СО ДНЯ РОЖДЕНИЯ РУСТИЦКОГО ОСИПА АЛЕКСАНДРОВИЧА**

**Бусыгина Е.В., Баширов И.Ф.**  
**Казанский государственный медицинский университет**  
**Научный руководитель – к.м.н., доц. Баширов Ф.В.**

Зав. кафедрой топографической анатомии и оперативной хирургии (1893-1897). Среднее образование получил в херсонской гимназии, из которой поступил в 1855 г. в Киевский университет св. Владимира, в 1861 г. окончив в нем курс медицинских наук со званием лекаря и уездного врача. После чего состоял при том же университете ассистентом (с 21 июля 1863 г.), ординатором (с 30 марта 1865 г.) и помощником директора (с 13 марта 1864 г. по июнь 1868 г.) хирургической факультетской клиники. Пробыв 1869 г. с ученою целью за границей, 15 мая 1870 г. удостоен Киевским университетом степени доктора медицины, а вслед затем снова отправился за границу, где, в качестве врача, подвизался на театре франко-прусской войны 1870—1871 годов, по окончании же войны работал в лучших иностранных медицинских институтах. По возвращении в Россию, 4 марта 1874 г. назначен сверхштатным ординатором с.-петербургской Александровской больницы. 30 января 1875 г. получил звание приват-доцента, а с 2 мая того же года звание доцента хирургии в университета св. Владимира. 9 октября 1886 г. определен ординатором киевской городской больницы. 12 сентября 1893 г. назначен в Казанский университет экстраординарным профессором по кафедре оперативной хирургии. Возведенный 6 июня 1897 г. в звание ординарного профессора, 24 июня того же года, по выслуге 30 лет, оставлен, но без вознаграждения, на дальнейшей службе. Вскоре после того переселился в Киев, где 15 января 1898 г. допущен к чтению в университете св. Владимира лекций со всеми, кроме вознаграждения, служебными правами.

## **К 170-ЛЕТИЮ СО ДНЯ РОЖДЕНИЯ СТУДЕНСКОГО НИКОЛАЯ ИВАНОВИЧА**

**Бусыгина Е.В., Баширов И.Ф.**  
**Казанский государственный медицинский университет**  
**Научный руководитель – к.м.н., доц. Фраучи И.В.**

Он начал свое образование в Пензенской духовной семинарии, по окончании которой в 1864 г. поступил в Казанскую духовную академию. Однако в том же году он вышел из академии и поступил на медицинский факультет Казанского университета, который окончил в 1869 г. По окончании университета Студенский занял должность ординатора госпитальной хирургической клиники М. В. Никольского. На протяжении 15 лет — с 1869 по 1884 г., — когда Н. И. Студенский занял кафедру оперативной хирургии, он успел защитить в Медико-хирургической академии докторскую диссертацию (1873). побывать за границей, где он совершенствовал свои знания по хирургии, и участвовать в качестве хирурга в двух войнах — сербо-турецкой (1876) в русско-турецкой (1877—1878). По возвращении в Казань из заграничной командировки в 1874 г. он получил звание приват-доцента и до 1876 г. читал курс механики. Н. И. Студенский в конце 1881 г., уже будучи доцентом, не был избран на кафедру теоретической (общей) хирургии и вышел в отставку. В 1882 г. он вновь вернулся в университет в звании приват-доцента и 1 ноября 1884 г. получил в заведование кафедру оперативной хирургии. В 1876 г. вышел труд Студенского «Хирургические повязки». В 1881 г. книга была переиздана в исправленном и значительно в дополненном виде. Курс ортопедии, читанный студентам третьего курса, издан в 1885 г. Он является первым оригинальным русским учебником по этой дисциплине. Краткий курс (193 страницы с 42 рисунками) посвящен главным образом деформациям и по содержанию стоит на высоте знаний того времени по ортопедии. Наконец, в 1888 г. появилась в свет «Оперативная хирургия», представляющая собой также курс лекций, читанных студентам. Руководство, правда, не совсем полное, пользовалось успехом и в течение долгого времени служило ценным пособием для студентов. Предложение Студенского было принято и составление «Дневника», который стал выходить в 1872 г. в виде приложения к протоколам общества, было поручено ему. Два года он составлял «Дневник» и поместил в нем несколько своих заметок. Мы видим, сколь разносторонней была деятельность Н. И. Студенского, которая слишком рано оборвалась. Он умер 17 сентября 1891 г.

## **ИНДЕКС НАПРЯЖЕНИЯ БАЕВСКОГО КАК КРИТЕРИЙ ОЦЕНКИ АДЕКВАТНОСТИ АНЕСТЕЗИИ**

**Гизатуллин Р.Р., Рзаев И. А.**  
**Казанский государственный медицинский университет**  
**Научные руководители – к.м.н., доц. Михайлова Э.Ф., асс. Антонов А.М.**

Одним из наиболее эффективных показателей состояния вегетативной нервной системы (ВНС) признан индекс напряжения Баявского (ИН). Цель работы - определение состояния ВНС у хирургических больных в интра- и послеоперационном периодах. Изучены показатели ИН и центральной гемодинамики 40 человек, оперированных на органах брюшной полости в условиях нейролептанальгезии (НЛА) по экстренным показаниям, а также показатели коагулограммы.

Нормальный ИН — 100-300 усл. ед. Исходный уровень ИН был достоверно повышен ( $p < 0,05$ ), что объясняется предоперационным хирургическим стрессом. На фоне введения традиционных препаратов для премедикации и вводного наркоза ИН снижался на 25-30%, достигая нормальных величин. Разрез кожи и травматичные моменты операции сопровождались резким сдвигом ИН в сторону симпатотонии у 28 пациентов. Отметим, что показатели АД и пульса при этом в указанной группе оставались нормальными. У 12 пациентов ИН также был повышен, но не достоверно ( $p > 0,05$ ). В послеоперационном периоде всем пациентам требовалось дополнительное обезболивание наркотическими средствами. Показатели коагулограммы у всех больных свидетельствовали о тенденции к гиперкоагуляции и, соответственно, угрозе тромбозомболических осложнений.

Резкая интраоперационная симпатотония (несмотря на стабильность центральной гемодинамики) у 28 пациентов в послеоперационном периоде приводила к достоверному укорочению времени свертывания крови (по Иванову) и повышению уровня фибриногена. Статистическая обработка выявила наличие достоверных корреляционных связей между колебаниями ИН и состоянием гемостаза.

Мониторинг ИН может быть рекомендован для контроля состояния ВНС в интра- и послеоперационном периодах как информативный и экономичный метод.

## **ЭКОЛОГИЯ ЧЕЛОВЕКА И ГИГИЕНА ОКРУЖАЮЩЕЙ СРЕДЫ**

### **ВОЛОСЫ КАК ИНДИКАТОР ПОСТУПЛЕНИЯ В ОРГАНИЗМ ТЯЖЕЛЫХ МЕТАЛЛОВ**

**Тимофеева Д.В.**  
**Казанский государственный медицинский университет**  
**Научный руководитель – д.м.н., доц. Тафеева Е.А.**

Важнейшим направлением исследований в области экологии человека и гигиены окружающей среды является разработка высокоинформативных методов для диагностики ранних изменений в состоянии здоровья человека, возникающих под воздействием неблагоприятных факторов с использованием неинвазивных методов, исключающих возможность заражения. Хорошо известно, что стабильность химического состава является одним из важнейших условий нормального функционирования организма. Отклонения же в содержании химических элементов, вызванных климатогеографическими и экологическими факторами приводят к широкому спектру нарушений в состоянии здоровья.

Целью работы явилась отработка методики определения тяжелых металлов в волосах, которая затем будет использована при проведении эколого-гигиенических исследований.

Волосы, как и любая другая ткань, висцеральная или эктодермальная, отражают метаболизм клеток. В то же время волосы характеризуются определенной динамикой роста (0,2-0,5 мм в день) и содержат как бы запись не только того, что происходило с обменом веществ в ближайшем прошлом, но и информацию о его состоянии в более отдаленные периоды. Волосы могут хранить информацию о процессах метаболизма, в частности минерального обмена. Исследованиями установлено, что волосы достоверно отражают дефицит в организме таких макро- и микроэлементов, как Mg, P, Ca, Se, Zn, As, B, Cu, Fe. По волосам в скрининговых исследованиях хорошо фиксируется избыток Bb, As, Al, Cd, Sr, Ca, Mg, P, Zn, B. К дополнительным



преимуществам изучения химических элементов в волосах относят не только полную неивазивность и простоту забора материала, но и возможность его длительного хранения при комнатной температуре. Элементы в волосах определяются методом атомно-абсорбционной спектрофотометрии, основанном на поглощении света соответствующей длины волны исследуемого элемента в высокотемпературном пламени. В ходе проведения данной работы нами были отобраны пробы волос для анализа с затылочной части головы из зоны наиболее интенсивного роста, а также установлена градуировочная характеристика для определения содержания Pb, Mn, Zb, Ni, Cr.

### **ПРИРОДНЫЕ МИНЕРАЛЫ ДЛЯ ФИЛЬТРАЦИИ ВОДЫ**

**Якубовская Г.А., Набиева К.Р.**  
**Казанский государственный медицинский университет**  
**Научный руководитель – д.м.н., проф. Иванов А.В.**

Как известно, антибиотики вызывают привыкание, поэтому наличие их в компонентах экологических систем (особенно это касается водной среды) влияет на формирование контингента людей, не чувствительных к действию лекарственных препаратов. Это диктует необходимость устранения данного фактора риска. Существующие методы фильтрации воды основаны на явлении обратного осмоса. При данном способе антибиотики не устраняются. К тому же нарушается физиологическая полноценность питьевой воды, так как задерживаются важные макро- и микроэлементы.

Цель: изыскание безопасных и эффективных технологий фильтрации воды.

Методы исследования: физические (на монохроматоре и спектрометре).

Результаты: в лабораторных условиях испытаны природные минералы. Они характеризуются стабильным составом и при определенных условиях могут либо отдавать макро- и микроэлементы, либо сорбировать вредные примеси. Таким образом, вода и фильтруется, и насыщается дефицитными необходимыми элементами. В ходе длительных экспериментов на кафедре был создан фильтр, состоящий из трех слоев природных материалов. Каждый студент имеет возможность пить эту целебную воду.

### **ПРОФИЛАКТИКА СНИЖЕНИЯ РИСКА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ НАСЕЛЕНИЯ, ОСНОВНЫЕ ПУТИ ОПТИМИЗАЦИИ ОБРАЗА ЖИЗНИ И СРЕДЫ ОБИТАНИЯ**

**Валиев Р.И.**  
**Казанский государственный медицинский университет**  
**Научный руководитель – д.м.н., доц. Радченко О.Р.**

В последние годы проблема установления связи между воздействием факторов окружающей среды и состоянием здоровья населения выдвинулась в число наиболее актуальных и сложных проблем клинической и фундаментальной медицины. Одним из важных аспектов данной проблемы является усиление внимания к расшифровке этиологической обусловленности заболеваний человека, выявлению факторов риска нарушений состояний здоровья у отдельного индивидуума, определенных групп лиц и населения в целом.

Принято считать, что здоровье человека определяется сложным воздействием целого ряда факторов — наследственность, образ и качество жизни, а также качество окружающей среды.

По мнению ученых средний удельный вес влияния отдельных факторов на состояние здоровья населения составляет:

- образ жизни (курение, употребление алкоголя, наркотиков, злоупотребление лекарствами, характер питания, условия труда, гиподинамия, материально-бытовые условия, семейное положение и др.) — 49-53%;
- генетические и биологические факторы — 18-22%;
- состояние здравоохранения (своевременность и качество медицинской помощи, эффективность профилактических мероприятий) — 8-10%;
- окружающая среда (природно-климатические факторы, качество объектов окружающей среды) — 17-20%.

Из этого видно, что образ жизни и среда обитания занимают далеко не последнее место в целях снижения риска заболеваемости.

Идентифицирован ряд специфических генов, являющихся факторами риска таких заболеваний, как рак толстой кишки, остеопороз, боковой амиотрофический склероз, спондилоартрит. Другие факторы риска, такие, как химические вещества и возбудители инфекций, находятся в окружающей среде. Ряд факторов является частью социального окружения. Установлено, что эмоциональные нагрузки, обусловленные потерей супруга, изменениями образа жизни или неустойчивостью в быту, повышают частоту соматических и психических заболеваний. Некоторые из наиболее значимых факторов риска относятся к сфере поведения человека — курение, употребление наркотиков, избыточное потребление алкоголя и т.д.

### **ФИЗИЧЕСКОЕ РАЗВИТИЕ СТУДЕНТОВ ШЕСТЫХ КУРСОВ ПЕРМСКОЙ МЕДИЦИНСКОЙ АКАДЕМИИ В ДИНАМИЧЕСКОМ СРАВНЕНИИ**

**Баяндина С.М.**  
**Пермская государственная медицинская академия**  
**Научный руководитель – к.м.н., доц. Соломатина Н.В., к.б.н., доц. Тютюнщикова В.Д.**

Цель работы – вычислить стандарты физического развития студентов и выявить тенденции в динамике показателей физического развития в поперечном исследовании.

Материал и методы. Были обследованы 370 студентов 6-х курсов ПГМА, из них 250 - лица женского пола, 120 – мужского. Оценены морфологические и функциональные показатели физического развития: рост стоя (см), масса тела (кг), окружности грудной клетки (см), жизненная емкость легких (мл), сила мышц правой и левой кистей (кг). Математический анализ данных проводился на основании параметров вариационного ряда: среднее арифметическое, среднее квадратичное отклонение.

Расчет индексов физического развития показал, что у студенток массо-ростовой индекс снизился с 376 гр/см до 340 гр/см. На фоне снижения массы тела и повышения жизненной емкости легких повысилось обеспечение массы тела кислородом. Жизненный индекс составил 62 мл/кг против 48 мл/кг. Индекс пропорциональности грудной клетки (Эрисмана) повысился с 1,75 до 2,55. Индекс крепости телосложения (Пинье) из градации хорошее (19,8) перешел в градацию слабое (26,1). Процентное отношение мышечной силы к массе тела снизилось с 52 % до 45 %.

У лиц мужского пола массо-ростовой индекс увеличился с 387 гр/см до 412 гр/см. Изменение жизненного индекса составило 4 мл/кг (с 66 мл/кг до 62 мл/кг). Индекс пропорциональности грудной клетки снизился с 4,5 до 3,85, что выявляет тенденцию формированию астенического телосложения Пермских студентов. Индекс крепости телосложения сохранился в градации хорошее. Процентное отношение мышечной силы к массе тела уменьшилось с 79 % до 63 %.

Таким образом, анализ показателей физического развития студентов 6-х курсов ПГМА по методу стандартов и индексов показал:

1. Современный образ жизни привел к изменению всех показателей физического развития.
2. У студенток на фоне повышения роста, жизненной емкости легких снизились показатели массы тела и мышечной силы.
3. У студентов произошло значительное снижение мышечной силы на фоне повышения остальных показателей физического развития.
4. Расчет индексов физического развития продемонстрировал тенденции к астенизации телосложения современных студентов.

## **ВЛИЯНИЕ КУРЕНИЯ НА ЗДОРОВЬЕ НАСЕЛЕНИЯ РОССИИ**

**Бирюкова В.В.**

**Московская медицинская академия имени И.М.Сеченова  
Научный руководитель – д.э.н., проф. Восколович Н.А.**

Россия считается одной из самых курящих стран мира. По оценкам Всемирной организации здравоохранения около 40% населения страны старше 15 лет - активные курильщики. Показатели курения для детей до 15 лет так же одни из самых высоких.

Главные причины этой вредной привычки: доступность табачных изделий (низкие цены за счет ухудшения качества продукции), поддержание положительного образа курильщика через масс-медиа и формирование неправильного представления угроз курения у детей и подростков.

Для общественного здоровья курение создает огромные потери. В Российской Федерации это третья по значимости причина преждевременной смерти. Для нации употребление табака опасно снижением уровня рождаемости и общим ухудшением качества человеческих ресурсов. Средняя продолжительность жизни при рождении для россиян ниже уровня, характерного даже для развивающихся стран.

Никотин, главная составляющая сигарет, отвечает за психофармакологическое действие табака - повышение активности, подавление стресса, улучшение настроения. Но никотин - это стимулирующий наркотик, воздействующий на выброс дофамина - гормона удовольствия. А значит, и последствия от него такие же, как от наркотика: кратковременное действие, привыкание, увеличение принимаемых доз.

Помимо никотина негативное влияние на организм оказывают различные смолы и примеси, добавляемые в сигареты. Это становится причиной проявления болезней легких и сердечнососудистой системы, онкологических заболеваний. Вклад от курения в развитие этих болезней для мужского населения страны достигает 50%. Каждый год в России от подобных заболеваний умирают 400 тыс. чел.

Никотиновая зависимость не просто привычка, а прямое наркотическое воздействие. Поэтому для восстановления здоровья населения необходимо не столько лечить полученную зависимость, сколько предотвращать ее, путем разъяснения молодому поколению правильных представлений об опасностях курения. Для этого необходима разработка и реализация специализированной целевой программы в соответствии с Федеральным законом «Об охране здоровья граждан от воздействия окружающего табачного дыма и последствий потребления табака» № 15 – ФЗ 2013 г.

## **СОДЕРЖАНИЕ ФТОРА И ЙОДА В ВОДОИСТОЧНИКАХ БАСЕЙНА ВОЛГИ И ОКИ**

**Загоскина И.П.**

**Нижегородская государственная медицинская академия  
Научный руководитель – д.б.н., проф. Ерлыкина Е.И.**

### **ЦЕЛИ ИССЛЕДОВАНИЯ:**

1. Определить содержание активных ионов фтора и йода в питьевой воде, полученной из различных водоемисточников бассейна Волги и Оки,
2. Сравнить полученные данные с официально рекомендуемыми пределами их содержания и нормами суточной потребности,
3. Выработать практические предложения по оптимизации потребления указанных ионов населением указанных регионов.

**МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ:** Определение обоих ионов производилось с помощью микропроцессорного иономера И-160М с ион-селективными электродами ЭЛИС-131F и ЭЛИС-131I. Анализ выполнялся в соответствии с ГОСТ 4386-89 «Вода питьевая». Исследовались образцы водопроводной питьевой воды различных районов Нижнего Новгорода, родников и колодцев Нижнего Новгорода и области, а также некоторые столовые и лечебные бутилированные воды.

**РЕЗУЛЬТАТЫ:** Содержание активных ионов фтора и йода во всех исследованных пробах питьевой воды существенно ниже нормальных величин, рекомендуемых официальными СанПиН и ГОСТ. Вызывает тревогу крайне низкое содержание фтора в водопроводной питьевой воде. Большинство исследованных видов бутилированной воды, в том числе так называемой минеральной воды, продаваемой в пластиковой таре, также не содержит нормальных количеств фтора и йода. Аптечная минеральная вода «Ессентуки № 4» и «Ессентуки № 17» в стеклянных бутылках, напротив, содержит йод и фтор в весьма высоких количествах.

- ВЫВОДЫ:** 1. Необходим постоянный мониторинг содержания указанных ионов во всех видах питьевой воды,
2. Информация о содержании фтора и йода должна быть абсолютно прозрачной и доступной для населения,
  3. Необходимо ввести обязательную сертификацию бутилированной воды с указанием точного содержания данных ионов,
  4. Среди населения бассейна Волги и Оки следует активно проводить пропаганду здорового образа жизни, существенной частью которого является потребление воды, соответствующей всем гигиеническим нормативам.
  5. Минеральная вода «Ессентуки № 4» и «Ессентуки № 17» содержит весьма высокие концентрации обоих ионов, и поэтому она должна использоваться лишь в лечебных целях и не может быть рекомендована в качестве основного вида питьевой воды.

## **ЗАГРЯЗНЕНИЕ АТМОСФЕРНОГО ВОЗДУХА В Г.КАЗАНИ И РИСК ЗДОРОВЬЮ НАСЕЛЕНИЯ**

**Ахметзянова И.Ф.**

**Казанский государственный медицинский университет  
Научный руководитель – д.м.н., доц. Тафеева Е.А.**

В городских условиях существенным фактором риска здоровью населения является загрязнение атмосферного воздуха промышленными выбросами и отработанными газами автотранспорта. Вклад выбросов автотранспорта в загрязнение атмосферного воздуха городов ежегодно возрастает, что негативно отражается на формировании показателей здоровья населения.

Цель работы: гигиеническая оценка загрязнения атмосферного воздуха г.Казани выбросами автотранспорта. Для гигиенической оценки загрязнения атмосферного воздуха выбросами автотранспорта были использованы данные ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в Республике Татарстан» и Управления по гидрометеорологии и мониторингу окружающей среды РТ. В работе были использованы санитарно-гигиенические и статистические методы исследования.

Наибольший вклад в загрязнение атмосферного воздуха города в настоящее время вносит автотранспорт, в отработавших газах которого содержатся оксид углерода, диоксид азота, углеводороды, формальдегид, бензол и другие химические вещества. Доля выбросов автотранспорта в суммарном объеме выбросов по городу в 2012 г. составила 71,5%. Следует отметить значительный рост за последние 10 лет числа автомобилей, находящихся в собственности физических лиц (в 2,6 раза). При этом необходимо учитывать, что автомобильный транспорт загрязняет окружающую среду не только отработавшими газами. Загрязнителями являются и продукты износа шин, антифрикционных материалов, дорожного покрытия, топлива, смазочные масла и эксплуатационные жидкости.

Как показал проведенный анализ, наибольший удельный вес нестандартных проб атмосферного воздуха в настоящее время наблюдается вблизи автомагистралей, что также свидетельствует о преобладающей роли автотранспорта в загрязнении атмосферного воздуха города. Так, доля нестандартных проб на маршрутных и подфакельных постах наблюдения в 2012 году составила 0,48%, а вблизи автомагистралей в зоне жилой застройки – 4,4%. По данным мониторинговых исследований, среднегодовые концентрации загрязняющих веществ в 2012 г. превышали гигиенические нормативы (ПДКс.с) по бенз(а)пирену – в 2,5 раза, саже – в 2,2 раза, диоксиду азота – в 1,8 раза, формальдегиду – в 1,7 раза; содержание взвешенных веществ PM10 превышало установленную среднегодовую величину ПДК в 1,9 раза. Основными критическими органами и системами при воздействии загрязняющих веществ, содержащихся в выбросах автотранспорта, являются органы дыхания, сердечно-сосудистая система. Кроме того, многие из этих веществ обладают канцерогенным действием.

Таким образом, учитывая значительный вклад автотранспорта в загрязнение атмосферного воздуха города, необходима реализация комплекса мер, направленных на снижение негативного воздействия выбросов автотранспорта на окружающую среду и снижение риска здоровью населения.

## **ГРИБКОВОЕ ЗАГРЯЗНЕНИЕ ЖИЛЫХ ЗДАНИЙ**

**Махмутова А.И., Назарова И.Ю.**

**Казанский государственный медицинский университет  
Научный руководитель – д.м.н., доц. Тафеева Е.А.**

Значительная часть населения (25% и более) сенсibilизирована к домашним аллергенам. Домашняя пыль является «депо» для содержания различных видов грибов, которые являются мощным аллергенным фактором. Аллергенная же активность домашней пыли во многом связана с наличием в ней грибов и спор различных бактерий. К числу наиболее важных в аллергенном отношении грибов относятся *Cladosporium*, *Alternaria*, *Aspergillus*, *Penicillium*.

Грибы, как сапрофиты, обнаруживаются на одежде, обивке мебели, постельном белье, подушках, кожаных изделиях. Установлено, что концентрации спор грибов в воздухе закрытых помещений зависит, прежде всего, от грибкового загрязнения атмосферного воздуха, как основного источника грибкового загрязнения воздушной среды помещений. К основным факторам роста и развития грибкового загрязнения внутренней среды помещений относятся: повышенная относительная влажность помещения в отопительный период (свыше 50%); повышенная стабильная температура воздушной среды в помещениях; неработающая вентиляция; недостаточная продолжительность инсоляции помещений; плохая санация помещений; работа вентиляции в режиме рециркуляции; реконструкция здания. Оптимальны для размножения грибковых спор является температура в пределах 20-25°C и влажность от 40 до 85%. Выявлено, что наиболее высокие концентрации спор грибов обнаруживаются в воздухе ванных комнат, что связано с наличием вентиляционной системы и более высоким уровнем влажности воздуха, которая способствует росту грибковых спор. При увеличении уровня грибкового загрязнения свыше 1500 КОЕ/м<sup>3</sup> возникает опасность обострения аллергических реакций у лиц, страдающих бронхиальной астмой и сенсibilизированных на аллергены жилища.

Цель работы: определение грибковой обсемененности в ванных комнатах жилых помещений и изучение эффективности обработки поверхностей помещений водой, настоянной на шунгите.

В работе были использованы санитарно-гигиенические методы исследования. Исследования на флуоресценцию проб с грибами проводились на спектроаналитическом комплексе «ОКБ-Спектр». Растворы проб с грибами дают ярко выраженную флуоресценцию. После обработки поверхностей водой, настоянной на шунгите, флуоресценция проб не выявлена. Таким образом, вода, настоянная на шунгите, может быть использована в быту для уничтожения грибов.

## **ИНДЕКС БЛАГОПОЛУЧИЯ НАСЕЛЕНИЯ МАМАДЫШСКОГО ТЕРРИТОРИАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ**

**Махмутова А.И.**

**Казанский государственный медицинский университет  
Научный руководитель – д.м.н., проф. Иванов А.В.**

Мамадышский район образован в 1930 г. на территории предкамского региона РТ на правом берегу р. Вятка. На территории района проживает 44417 человек. Плотность населения района составляет 57,6 человек на 1 км<sup>2</sup>, что больше чем в целом по РТ (54 человек на 1 км<sup>2</sup>). Численность населения в динамике по годам характеризуется снижением, особенно детей 0-17 лет (2008 г. – 10225, 2012г. – 8543).

Территория района характеризуется высотными отметками 180-200 м., расчлененную речными долинами, балками и оврагами. Лесистость территории высокая и составляет 25%. Наиболее крупные реки: Кама, Вятка, Соколка, Берсут. Наиболее крупные источники загрязнения компонентов экосистемы являются: кирпичный завод, лесозавод, леспромхозы, завод по производству сухих пищевых дрожжей, оказывают влияние на все компоненты экосистемы.

Индекс благополучия населения определяют по методике А.В. Иванова и соавторов, учитывая социально-экономическое положение, институциональные особенности, состояние объектов окружающей среды и параметрические величины, характеризующие здоровье населения.

На территории района курсирует 7800 машин, отработанные газы которых поступают в приземный слой воздуха, насыщая его окисью углерода, оксидами и диоксидами азота, бензопиреном, углеводородами, что также отражается на формировании ответной реакции организма населения.

Медико-демографические показатели населения характеризуются приростом коэффициента рождаемости (2008 г. – 11,0 на 1000 населения, 2012г. – 13,2 на 1000 населения), но это явление продолжается на фоне высокой величины коэффициента общей смертности (2008 г. – 16,5 на 1000 населения, 2011 г. – 17,2 на 1000 населения), что и определяет отрицательную величину коэффициента естественного прироста. Нарастание степени загрязнения воздушного бассейна, появление новых факторов риска здоровья формируют частоту болезней органов дыхания (2006 г. – 164,1 на 1000 населения, 2012 г. – 258,6 на 1000 населения). Аналогичная ситуация по частоте осложнений беременности и родов и частоте новообразований среди населения изучаемого района. На фоне стабильных показателей социально-экономического положения институциональных особенностей и показателей здоровья населения следует отметить ухудшение индекса благополучия населения Мамадышского территориального образования.

## **АНТИБИОТИКИ КАК ФАКТОР ЗАГРЯЗНЕНИЯ КОМПОНЕНТОВ ЭКОСИСТЕМЫ**

**Набиева К.Р., Якубовская Г.А.**

**Казанский государственный медицинский университет**

**Научный руководитель – д.м.н., проф. Иванов А.В., доц. Оранская Т.И.**

Тема: « Антибиотики как фактор загрязнения компонентов экосистемы»

Научное направление: экология человека и гигиена окружающей среды.

Изучение загрязнения компонентов экологической системы биологическими веществами является актуальной проблемой. Среди биологических загрязнителей ведущее место занимают антибиотики. Они хорошо используются в медицине, в сельском хозяйстве, на животноводческих комплексах. Широкое использование антибиотиков определяет их чувствительность к действию других лекарственных препаратов, и формирует прослойку населения, которая характеризуется низкой чувствительностью к действию антибиотиков. Все это затрудняет выполнение стандартного лечения, так как формируются целые плеяды микроорганизмов, на которые не действуют антибиотики. Зачастую антибиотики служат для других микроорганизмов как питательная среда.

Цель исследования: изучить содержание антибиотиков во внешней среде.

Для этого было проанализировано содержание антибиотиков в сточных водах животноводческих комплексах, в бытовых, а также в природных водах. Для этого была составлена программа анализа природных и сточных вод на территории республики Татарстан.

Методы исследования: отбирались пробы сточных вод с комплексов по выращиванию бройлерных птиц, со сточных вод и с природных вод (Казанка, Волга) и анализировались на Казанском Оптико-механическом заводе, приборами: монохроматор и спектрофотометр фирмы SHIMADZU.

Результат исследования: во всех водах обнаружены антибиотики тетрациклинового и пеницилинового ряда.

Заключение: все это позволяет полагать, что в природных водах присутствуют антибиотики. Они требуют углубленного изучения и поиска путей их нормализации и обезвреживания.

## **ФОРМИРОВАНИЕ ИНДЕКСА БЛАГОПОЛУЧИЯ МОНОГОРОДА НАБЕРЕЖНЫЕ ЧЕЛНЫ**

**Альмухаметов А.М.**

**Казанский государственный медицинский университет**

**Научный руководитель – к.м.н., проф. Иванов А.В.**

Набережные Челны второй по численности населения город Татарстана. Площадь города — 171 км<sup>2</sup>. Численность населения в динамике по годам характеризуется увеличением (2008 г. – 506121, 2012 - 516637), особенно детей от 0-17 лет (2008- 95481, 2012 - 99714). Наиболее крупными источниками загрязнения компонентов экосистемы являются: машиностроение (производственные комплексы ОАО «КАМАЗ», ООО ПК «Завод транспортного электрооборудования», теплоэнергетика «Набережночелнинская ТЭЦ» стройиндустрия «Набережночелнинское предприятие ЗЯБ (завод ячеистого бетона)», топливная ОАО «РИТЭК - Челнынефть»).

Формирование индекса благополучия населения определяются по методике А.В. Иванова и соавторов, учитывая целый комплекс факторов, среди которых важнейшее место занимают социально-экономические, экологические, институциональные, медико-демографические, включающие различные характеристики материального благосостояния населения, здоровья населения и качества окружающей природной среды.

Состояние здоровья населения города анализируется по критериям общественного здоровья, которые представлены в настоящей работе.

## **ФОРМИРОВАНИЕ ИНДЕКСА БЛАГОПОЛУЧИЯ МОНОГОРОДА НАБЕРЕЖНЫЕ ЧЕЛНЫ ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ПОДРОСТКОВ 15-17 ЛЕТ ПО РЕСПУБЛИКЕ ТАТАРСТАН**

**Глинская Е.С.**

**Казанский государственный медицинский университет**

**Научный руководитель – д.м.н., доц. Валеева Э.Р.**

Успешность обучения, работоспособность и адаптация подростков к учебным нагрузкам в школе зависят от состояния их здоровья. Формирование здоровья подростков в любом обществе и при любых социально-экономических и политических ситуациях является первоочередной задачей. Неудовлетворительные показатели состояния здоровья подростков, обучающихся в учебных заведениях, являются актуальной проблемой современности.

Целью исследования является изучение заболеваемости подростков 15-17 лет по республике Татарстан.

Для анализа частоты отдельных групп болезней использовались отчеты углубленных медицинских осмотров-форма №31, форма №12 за 2009-2012 год. Анализ заболеваемости проводился с построением таблиц Excel.

По результатам анализа данных диспансеризации заболеваемость подростков 15-17 лет за 4 года статистически достоверно выросла. Показатель распространенности всех заболеваний вырос с 644,2 до 739,7 случаев на 1000 осмотренных. Уровень распространенности заболеваний среди подростков статистически за рассматриваемый период значимо вырос:  $R^2=0,0967$ . У подростков были выявлены лидирующие заболевания: 12,4% - болезни органов пищеварения; 31,6% - болезни органов дыхания.

На протяжении 2009-2012 гг. среди подростков был выявлен подъем следующих классов болезней: болезни органов дыхания-с 206,8 до 242,3 случаев на 1000 детей; болезни органов пищеварения-с 87,9 до 95,3 случаев на 1000 детей; травмы – с 53,4 до 78,3 случаев на 1000 детей; болезни мочеполовой системы – с 44,0 до 60,1 случаев на 1000 детей. Выявлено снижение уровня болезней кожи-с 17,3 случаев до 11,5 случаев на 1000 детей.

Наше исследование показало, что состояние здоровья подростков характеризовалось высокими показателями заболеваемости, прогрессирующим снижением показателей здоровья. Высокие уровни заболеваемости отмечены по классам болезней органов дыхания, органов пищеварения, мочеполовой системы, которые считаются обусловленными условиями обучения. Таким образом, уровень распространенности всех различных патологий свидетельствует о возможности неблагоприятного прогноза здоровья подростков на будущее и позволяет отнести их к «группе риска».

#### **ИНДЕКС БЛАГОПОЛУЧИЯ НАСЕЛЕНИЯ ПО БАЛТАСИНСКОМУ РАЙОНУ**

**Костенко А.И.,**  
**Казанский государственный медицинский университет**  
**Научный руководитель – д.м.н., проф. Иванов А.В**

Балтасинский район образован в 1965 г. на территории предкамского региона Рт. На территории района проживает 33920 человек, плотность населения составляет 31 человек на 1 кв.км, что меньше чем в целом по РТ (54 человека на 1 кв.км). Численность населения динамики по годам относительно постоянная (2008-33410 ; 2012- 33920). Наиболее крупный источник загрязнения компонентов экосистемы БОС ОАО «Вамин Татарстан». Также имеются множество стационарных источников (в количестве 165) в виде объектов агропромышленности и подвижных (в количестве 9050 машин). От этих источников в атмосферу района поступают 425248, 95 кг загрязняющих веществ, что обеспечивает на 1 кв.км 12,5 кг выбросов. На территории Балтасинского района факторы риска здоровью обусловленные социально экономическим положением, загрязнением окружающей среды, их институциональными особенностями и т.д. Комплекс факторов риска формируют показатели общественного здоровья района. Не смотря на наличие факторов общая заболеваемость (652,1) населения Балтасинского района значительно меньше чем аналогичный показатель по РТ(847,3 на 1000 населени). Имеет положительный коэффициент естественного прироста (2008-1,7; 2009-0,5; 2010-2,5; 2011-3,2; 2012-3,4), соответственно в районе имеет тенденцию роста. Средняя ожидаемая продолжительность жизни 2008-73,97 ; 2009-71,17; 2010-71,48; 2011-73,49; 2012-72,28 что незначительно выше чем в РТ. Следовательно в районе имеющиеся факторы риска обусловлены влиянием загрязняющих веществ которые существенной роли в формировании показателей здоровья не влияют. Тем не менее администрация района реализует меры по защите населения от воздействия факторов риска.

#### **ИНДЕКС БЛАГОПОЛУЧИЯ НАСЕЛЕНИЯ АЛЬМЕТЬЕВСКОГО РАЙОНА**

**Назарова И.Ю.**  
**Казанский государственный медицинский университет**  
**Научный руководитель – д.м.н., проф. Иванов А.В.**

Город Альметьевск образован в 1953 году, является центром Альметьевского района. Расположен на юго-востоке Республики Татарстан. Территория района составляет – 2515,0 км<sup>2</sup>, проживает – 198925 человек. Плотность населения города составляет – 16,5 чел/км<sup>2</sup>. Численность населения в динамике по годам характеризуется ростом численности населения начиная с 2011 года Численность населения (2011- 197100; 2012- 198 925; 2013-200 382).

На долю Альметьевского муниципального района приходится около 30 % промышленного производства республики (на долю Казани — 14 %). Действуют крупные предприятия в области нефтяной промышленности (Альметьевскнефть, Ямашнефть, Елховнефть и др.) и машиностроения (Альметьевский трубный завод, Альметьевский завод резинотехнических изделий, Альметьевский завод железобетонных изделий, Альметьевский завод «Радиоприбор» и др).

На территории района курсирует – 51828 – индивидуальных транспортных средств и 8906 – транспортные средства госсобственности. Отработанные газы поступают в приземный слой воздуха, насыщая его оксидом углерода, оксидами и диоксидами азота, бензапиреном, углеводородами, что может спровоцировать ответную реакцию организма.

Медико - демографические показатели населения характеризуются приростом коэффициента рождаемости (2008 - 12.3 ; 2009 - 13.1 ; 2010 – 14.0 ; 2011 – 13.9 ; 2012 – 14.8 на тысячу населения ) при этом так же происходит постепенное снижение коэффициента смертности (2008 – 12.1 ; 2009 – 12.2 ; 2010 – 12.0 ; 2011 – 11.6 ; 2012 – 11.5 на тысячу населения), данные показатели определяют существующий положительный коэффициент естественного прироста. Повышение выбросов вредных веществ в атмосферу (2008 – 41.3 ; 2009 – 42,1 ; 2010 – 46,5) , оказывают на формирование ответной реакции разных групп населения. Показатели отклика организма оцениваемые критериями общественного здоровья в трёхмерном измерении, что представлено в докладе.

#### **САНИТАРНО-ГИГИЕНИЧЕСКИЙ МОНИТОРИНГ ЗА СОСТОЯНИЕМ ОКРУЖАЮЩЕЙ СРЕДЫ ГОРОДА КАЗАНИ В ПЕРИОД ПРОВЕДЕНИЯ XXVII ВСЕМИРНОЙ ЛЕТНЕЙ УНИВЕРСАДЫ 2013**

**Закирова Л.З.**  
**Казанский государственный медицинский университет**  
**Научный руководитель – к.м.н., доц. Закиев Р.А.**

Ежегодно в рамках социально - гигиенического мониторинга Управлением Роспотребнадзора по Республике Татарстан осуществляется контроль за качеством состояния окружающей среды города Казани. При прохождении летней производственной практики студенты 5 курса медико-профилактического факультета принимали активное участие в качестве помощника сотрудников Роспотребнадзора занимающиеся выполнением данной задачи.

Целью мониторинга было наблюдение за происходящими процессами окружающей внешней среды за уровнем загрязнения атмосферного воздуха, почв, водных объектов, последствиями его влияния на экологическую ситуацию города.

Задачей являлся постоянный мониторинг за состоянием окружающей среды со своевременным обнаружением источников неблагоприятного воздействия путем отбора проб и принятия мер по их устранению.

В рамках проведения мониторинга за состоянием среды основные аспекты составляли контроль качества факторов среды обитания. Врачами-специалистами вместе со студентами, в том числе мною, проводился выезд на объекты Универсиады для соответствующего контроля с отбором проб для лабораторных исследований.

По результатам выполненных исследований отобранных проб содержание контролируемых веществ не превышало значений максимально-разовых предельно-допустимых концентраций, установленных гигиеническими нормативами.

### **ОРИГИНАЛЬНЫЕ СПОСОБЫ ДООЧИСТКИ ВОДЫ**

**Мударисова Р.Р.**

**Казанский государственный медицинский университет**

**Научный руководитель – д.м.н., проф. Иванов А.В.**

В природе существует множество родников и ключей, которые не требуют обработки. Вода в них соответствует всем гигиеническим требованиям. Ученые, гигиенисты Казанского государственного медицинского университета многие годы пытались создать аналогичные фильтры с использованием горных пород в качестве фильтрующего слоя по доочистке водопроводной воды. Водопроводная вода пропускается через природные минералы, которые собирают на своей поверхности галогенопроизводные соединения, тяжелые металлы. После чего, следующие слои минерала насыщают воду эссенциальными микроэлементами, магнием, кальцием. Очищенная вода подвергается обеззараживанию ультрафиолетовым спектром бактерицидных ламп и подается потребителю.

Вода полностью отвечает гигиеническим требованиям и характеризуется как физиологической полноценной. Использование воды позволяет улучшить окислительно – восстановительные реакции организма, обменные процессы выведение свободных радикалов.

### **ТЯЖЕЛЫЕ МЕТАЛЛЫ В ОРГАНАХ И ТКАНЯХ РЫБ**

**Халитов Р.Р.**

**Государственный медицинский университет г. Семей**

**Научный руководитель - д.м.н., проф. Токанова Ш.Е.**

В связи с проблемой загрязнения окружающей природной среды продуктами техногенеза, объектом пристального внимания экологического мониторинга стали тяжелые металлы (ТМ), попадающие в водоемы со стоками и смывами с территорий промышленных предприятий, сельхозугодий, городов и мелких населенных пунктов. Тяжелые металлы являются неотъемлемой составной частью организма, поскольку многие соединения данных элементов входят в состав ферментов, витаминов, гормонов. Знания о составе и количестве металлов в тканях промысловых рыб имеют важное практическое значение. Рыбы являются одним из компонентов пищевого рациона населения, и избыточное содержание металлов в рыбопродуктах, в конечном итоге, отражается на здоровье человека как потребителя продукции.

Цель нашего исследования - определить содержание свинца и кадмия в органах и тканях рыб. Задачи исследования: 1. исследовать содержание свинца и кадмия в различных видах рыб р. Иртыш; 2. изучить особенности накопления свинца и кадмия в отдельных органах рыб (мышцы, кости, кожа, жабры) 3. выявить биоиндикаторы водной среды реки Иртыш.

Для аналитических исследований выбраны виды рыб (сазан, окунь, лещ, сорожка, щука), которые имеют широкое распространение по всему району исследования и являются преобладающими видами ихтиофауны изучаемого водоема. Все рыбы вылавливались в июне 2013 гг. в р. Иртыш в районе водозабора города Семей. Материалом для изучения послужили образцы тканей и органов (мышцы, кости, кожа, жабры).

Таким образом, при изучении закономерностей распределения тяжелых металлов в органах и тканях рыб р. Иртыш установлено, что концентрация свинца в различных органах окуня, сазана, сорожки, леща и щуки которая колеблется от 0,04 мг/кг до 0,8 мг/кг для свинца (Pb), и от 0,02 мг/кг до 0,1 для кадмия (Cd) не превышает значения ПДК. По среднему содержанию исследуемые рыбы образуют следующий убывающий ряд: щука> окунь> сазан> сорожка> лещ для свинца (Pb) и щука>лещ>окунь>сазан>сорожка для кадмия (Cd). Распределение металлов в организме рыб характеризуется неоднородностью, что зависит от физико-химических свойств самих элементов и функциональных особенностей органов и тканей: свинец концентрируется в жабрах, кадмий – в мышцах. Биоиндикатором экологического состояния реки Иртыш является щука - крупный хищник, заключающее звено в трофической цепи - основной накопитель свинца и кадмия.

## **ЭКОНОМИКА И УПРАВЛЕНИЕ В СОЦИАЛЬНОЙ СФЕРЕ**

### **СОЦИАЛЬНЫЙ КОНТРАКТ - ФОРМА ГОСУДАРСТВЕННОЙ СОЦИАЛЬНОЙ ПОМОЩИ**

**Сысоева В.П.**

**Казанский государственный медицинский университет**

**Научный руководитель – д.э.н., проф. Максимова М.Н.**

Цель исследования – проанализировать результаты введения на территории Республики Татарстан государственной социальной помощи на основе социального контракта.

Методы исследования: анализ нормативно-правовой базы РФ и её субъектов, сравнительный анализ предоставления социальной помощи в виде социального контракта в различных субъектах РФ; данных предоставления социального контракта в субъектах Российской Федерации.

В 40 субъектах Российской Федерации (в том числе в РТ), нормативные правовые акты по вопросу социального контракта уже приняты. В остальных регионах нормативные документы разработаны и должны быть утверждены до конца 2013 года.

За 2013 год в РФ заключено около 17 тысяч социальных контрактов с малоимущими семьями и малоимущими одиноко проживающими гражданами. По сравнению с 2012 годом их число выросло в 1,6 раза.

В РТ за 2013 год проводилась работа по оказанию государственной социальной помощи (в том числе на основе социального контракта) малообеспеченным семьям, семьям, оказавшимся в трудной жизненной ситуации.

Материальную помощь получили 15067 человек, средний размер выплаты на одного человека составил в 2013 году 3571 рубль. В целом из бюджета РТ направлено 53,80 млн. рублей. Помимо денежных выплат гражданам, получившим государственную социальную помощь на основе социального контракта, оказывалась помощь в трудоустройстве, в оформлении гражданства, постановке на миграционный учет, в оформлении регистрации по месту жительства, в покупке товаров первой необходимости.

Социальный контракт как форма государственной социальной помощи является эффективной, так как благодаря реализации контракта уменьшилось число граждан, находящихся за порогом бедности; уменьшились иждивенческие настроения граждан. Теперь, чтобы получить помощь на малоимущую семью (одиноко проживающего малоимущего гражданина) возлагаются обязательства, которые необходимо выполнить, чтобы получить помощь.

Тем самым утверждаются принципы социальной справедливости.

## **ИССЛЕДОВАНИЕ ОСОБЕННОСТЕЙ ТРУДОУСТРОЙСТВА РОДИТЕЛЕЙ, ВОСПИТЫВАЮЩИХ ДЕТЕЙ-ИНВАЛИДОВ**

**Кулькова К.Н.**

**Казанский государственный медицинский университет**

**Научный руководитель – к.э.н., доц. Гинсбург М.В.**

Переход России экономике изменил ситуацию в сфере занятости населения. На положение занятости и рынка труда влияют не только общие масштабы безработицы, но и неравенство в ее распределении. При этом для разных групп населения риск стать безработным является неодинаковым. К числу наиболее уязвимых категорий относятся также родители, воспитывающие детей-инвалидов.

Все больше родителей, имеющих детей-инвалидов вынуждены отказаться от профессиональной деятельности. В связи с этим целью работы является исследовать особенности трудоустройства родителей детей-инвалидов, рассмотреть проблемы и пути решения.

В процессе были использованы теоретические и эмпирические методы, а также метод анализа литературы, научных статей и интервью с клиентами центров занятости населения.

В РТ активно реализуются специальные Региональные программы снижения напряженности на рынке труда, направленные на содействие в трудоустройстве. Так, на условиях софинансирования из федерального бюджета в 2012 г. были созданы условия для трудоустройства 100 человек из числа родителей детей-инвалидов и многодетных родителей, в 2013 -29 человек.

В ходе проведенного исследования, в котором приняли участие мамы детей-инвалидов, было выявлено, что они не всегда имеют возможности трудоустроиться, в связи с наличием у них ограничений, так как ребенок нуждается в постоянном уходе. В большинстве случаев мать ребенка-инвалида остается одна, ее бросает муж и нет возможности трудоустроиться, осуществляя уход за ребенком, в итоге возникают материальные трудности, но специальные программы, позволяют получить им достойную занятость.

Таким образом, изучив особенности трудоустройства мы выявили основные проблемы, с которыми сталкиваются родители. Для повышения эффективности и качества деятельности центров занятости по реализации программ по трудоустройству уязвимых групп населения, мы предлагаем следующие рекомендации:

1. В 2014 году Центрами занятости продолжать проводить мониторинг потребностей родителей, воспитывающих детей-инвалидов в сфере занятости, в том числе в трудоустройстве.

2. Центрами занятости расширить перечень профессий по созданию рабочих мест и подбору работодателей в рамках реализации программы.

## **ОСОБЕННОСТИ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНО ОРИЕНТАЦИОННЫХ УСЛУГ ДЛЯ МОЛОДЕЖИ В ГОРОДЕ КАЗАНЬ**

**Шарафутдинова Р.Г.**

**Казанский государственный медицинский университет**

**Научный руководитель – к.э.н., доц. Гинсбург М. В.**

В своей работе мы рассмотрели предоставление государственной услуги по профессиональной ориентации молодежи в целях выбора сферы деятельности (профессии), трудоустройства, профессионального обучения на примере центра занятости населения.

Целью нашей работы являлось изучение особенностей предоставления государственной услуги по профессиональной ориентации на примере центра занятости населения города Казань.

В процессе исследования использованы общенаучные методы теоретического и эмпирического исследования, например, анализ, синтез, индукция, дедукция, метод анализа литературы, научных статей и экспертного опроса специалистов центров занятости населения.

В ходе исследования были получены следующие результаты:

1) Количество граждан, получившие услуги по профессиональной ориентации в возрасте от 14 до 29 лет за 2009–2013 года органами службы занятости страны и Республики Татарстан также продолжает увеличиваться

2) В городе Казань и в районах Республики Татарстан наблюдается рост обращаемости молодежи в центры занятости населения за получением услуги по профессиональной ориентации.

3) В регионах, выбранных нами для сравнения показателей с показателями Республики Татарстан, также увеличивается рост получателей государственной услуги по профессиональной ориентации в возрасте от 14 до 29 лет.

В ходе исследования было выявлено, что профессиональная ориентация молодежи содействует рациональному распределению их трудовых ресурсов на рынке труда в соответствии с интересами, склонностями и возможностями личности.

В ходе проведенного анализа мы предлагаем следующие рекомендации:

1) Введение новых профессионально ориентационных методик в центры занятости населения РТ при проведении профессионально ориентационной работы в школах с учениками 9–11 классов. Таких методик, как «Карта интересов», методика Л.А. Йовайши, «Матрица выбора профессии».

2) Рекомендовать специалисту, отвечающему за профессионально ориентационную работу в школе создать и оформить уголок по профориентации. Имеющая своей целью наглядное отражение профессионально ориентационной работы с учащимися в школе, оказывающая неоценимое воздействие на активизацию работы, как самих учащихся, так и педагогического коллектива и родителей.

## **МАЛООБЕСПЕЧЕННАЯ СЕМЬЯ (ГРАЖДАНИН) КАК ОБЪЕКТ СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЫ**

**Заболотнов Г.А.**

**Казанский государственный медицинский университет**

**Научный руководитель – д.э.н., проф. Максимова М.Н.**

Малообеспеченность – особое состояние материальной необеспеченности людей, когда доходы человека или семьи не позволяют поддерживать общественно-необходимое для жизнедеятельности потребление, что выступает фактором социального риска. Особенность социальной работы с малообеспеченными в том, что ее эффективность зависит от степени помощи именно тем, кто попал под ситуацию социально-экономического риска.

В Российской Федерации в соответствии с действующим законодательством в сфере социального обслуживания и государственной помощи малообеспеченным семьям (малообеспеченному гражданину) предоставляется государственная помощь в виде социальной помощи, социальных пособий, льгот и компенсаций, субсидий, жизненно необходимых товаров. Средства для помощи предоставляются из федерального бюджета, бюджетов субъектов Российской Федерации и местных бюджетов.

В Республике Татарстан получатели государственной социальной поддержки через органы социальной защиты по состоянию на 1 января 2014 года – 1,36 млн. человек, из них 395,5 тыс. человек отнесены к федеральному уровню ответственности. В 2013 г. на финансирование мер социальной поддержки населения Республики Татарстан было направлено 12,5 млн. рублей.

Анализируя данные РТ по малообеспеченным семьям (гражданам) за 2012–2013 гг., получающих государственную социальную поддержку, прослеживаем тенденцию снижения числа федеральных льготников (декабрь 2012 г. – 334 500 тыс. чел., декабрь 2013 г. – 331 340 чел.); тружеников тыла (соответственно с 5 838 до 5 078), получателей субсидий на оплату ЖКУ (с 231364 до 214168). В тоже время выросло число пенсионеров (с 434190 до 459 998), детей из многодетных семей (с 60 349 до 65 221), получателей ежемесячного пособия на ребенка в семьях с доходами ниже прожиточного минимума (с 84 244 тысяч до 89 109 тысяч человек); получателей субсидий – льгот по оплате ЖКУ многодетными семьями (с 92 502 чел. до 101 887). В 2013 г. появилось 137 новых категорий граждан получающих помощь.

Итак, количество малообеспеченных семей (граждан) не уменьшается. Растут затраты бюджетов всех уровней. Расширяется поле деятельности социальных работников.

## **ПРИВЛЕЧЕНИЕ СРЕДСТВ ДЛЯ ПОМОЩИ ДЕТЯМ СОЦИАЛЬНО ОРИЕНТИРОВАННЫМИ НЕКОММЕРЧЕСКИМИ ОРГАНИЗАЦИЯМИ Г. КАЗАНИ**

**Карнаухова Е.С.**

**Казанский государственный медицинский университет**

**Научный руководитель – д.э.н., проф. Максимова М.Н.**

Актуальность темы обусловлена все более возрастающей активностью социально ориентированных некоммерческих организаций (СОНКО) по привлечению средств для помощи детям.

Цель исследования – изучение организации привлечения средств для помощи детям трёх СОНКО г. Казани. Методы исследования: общенаучные методы, системный анализ, обобщение и анализ научных, практических материалов, документов, контент-анализ, наблюдение, опрос.

Социально ориентированные некоммерческие организации для оказания помощи детям используют следующие технологии привлечения средств:

1. Акции по сбору частных пожертвований.
2. Ящики – накопители для сбора пожертвований.
3. Партнерские проекты.
4. Квитанции в банке.
5. Банковский депозит.
6. Систему электронных платежей через терминалы и банкоматы.
7. Разовые поступления.
8. Системы безналичных расчетов по банковским картам.
9. Адресная работа с коммерческими структурами.
10. Посредством SMS сообщений с разной комбинацией слов, например, Благотворительный фонд имени Анжелы

Вавиловой использует такое сочетание: ДЕТИ на № 0575; Благотворительный фонд «АК БАРС СОЗИДАНИЕ»: Шанс на № 7715.

Нами был проведен опрос населения «Отношение населения по привлечению денежных средств для помощи детям» на Площади Свободы, улицах Пушкина, Университетская, Баумана г. Казани.

Анализ результатов исследования показал:

- людей, проявляющих явную агрессию, по организации привлечения средств для помощи детям не более 4% от общей численности людей на улице;
- большинству людей свойственны положительные реакции (60%);
- 12% казанцев проявляли полное безразличие к организации привлечения средств для помощи детям;
- 24% проявили благосклонность и сочувствие к проведению нами мероприятий по привлечению средств, хотя они сами нуждаются, малообеспеченные казанцы.

Таким образом, большая часть населения относится положительно к помощи другим людям, особенно по отношению к детям, и при возможности готова оказать помощь.

Из проанализированных данных только трёх СОНКО РТ видно, что все они проводят большую работу по привлечению средств для оказания помощи детям.



## **ОСНОВА КАЧЕСТВА ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ СОЦИАЛЬНЫХ УСЛУГ В УЧРЕЖДЕНИЯХ СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ ПО ГОСУДАРСТВЕННЫМ СТАНДАРТАМ (НА ПРИМЕРЕ ИНВАЛИДОВ)**

**Марданшина Э.Р.**  
**Казанский государственный медицинский университет**  
**Научный руководитель – асс. Батталова А.Р.**

Прослеживается положительная динамика процесса социального обслуживания населения, улучшение качества услуг социального обслуживания; увеличение результативности работы учреждений социального обслуживания по показателям объема обслуживания и расширения спектра предоставляемых услуг, улучшение значений показателей качества, эффективности обслуживания клиентов. Качество предоставления социальных услуг является одним из самых важных элементов работы по стандартизации социальных услуг.

Удовлетворение потребностей инвалидов происходит путем предоставления целого комплекса социальных услуг. А их качество зависит от наличия или отсутствия определенных условий. Проведена оценка соответствия стандартам деятельности Социально-реабилитационного отделения Центра социального обслуживания населения Министерства труда занятости и социальной защиты Республики Татарстан «Омет» в Азнакаевском муниципальном районе». Показателями при анализе и оценке качества предоставляемых услуг социального обслуживания инвалидов, согласно стандартам, явились: объем, формы и качество предоставляемых услуг; информационная обеспеченность социального обслуживания; организация труда персонала в учреждениях социального обслуживания; уровень профессионализма сотрудников; система контроля над их деятельностью.

Из исследования можно сделать вывод, что в основном, деятельность социально-реабилитационных отделений соответствует требованиям государственных стандартов.

## **ОТНОШЕНИЕ ГРАЖДАН ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА К ПЛАТНЫМ СОЦИАЛЬНЫМ УСЛУГАМ**

**Бакирова А.А.**  
**Казанский государственный медицинский университет**  
**Научный руководитель – к.э.н., доц. Гинсбург М. В.**

Актуальность проблемы определена тем, что благосостояние пожилых людей часто оказывается ниже, чем благосостояние других слоев населения. Изучение мнения граждан пожилого возраста о платных социальных услугах позволяет улучшить качество социального обслуживания данной категории.

Объект исследования: граждане пожилого возраста, получающие платные социальные услуги.

Цель исследования заключается в изучении отношения граждан пожилого возраста к платным социальным услугам.

Предмет исследования: отношение граждан пожилого возраста к платным социальным услугам.

В работе были использованы метод опроса граждан пожилого возраста, пользующиеся платными социальными услугами и метод анализа документов ГАУСО «Комплексный центр социального обслуживания населения «Игелек узеге» Министерства труда, занятости и социальной защиты Республики Татарстан в Актанышском муниципальном районе» по платным социальным услугам.

Проведенный опрос свидетельствует о том, что платные услуги учреждения социального обслуживания населения, ориентированного на работу с гражданами пожилого возраста, получили наибольшее распространение и признание со стороны клиентов. Однако, платность услуг не распространена на дополнительную социально-психологическую помощь, социально-правовые консультации, досуговые мероприятия.

По результатам опроса, одной из главных причин, которая заставила граждан пожилого возраста обратиться к платным социальным услугам - это плохое состояние здоровья, низкий уровень бесплатного социального обслуживания и т.д.

В результате, проведенного исследования выяснилось, что половина опрошенных граждан пожилого возраста пользуется услугами социальных работников несколько раз в неделю и считают, что платные социальные услуги необходимы.

Таким образом, можно сделать вывод, что платные услуги пользуются спросом у целевой группы нашего исследования, но их перечень и качество оказания нуждаются в дальнейшем расширении.

## **ЗДОРОВЬЕ НАСЕЛЕНИЯ КАК ФУНДАМЕНТ ДЛЯ РАЗВИТИЯ ЭКОНОМИКИ ГОСУДАРСТВА**

**Веретельник Е.А., Прокопенко К.А.**  
**Харьковский национальный медицинский университет**  
**Научный руководитель – д.м.н., проф. Огнев В.А.**

Актуальность темы объясняется тем, что здоровье человека рассматривается как биологическая характеристика, что в современном мире, является неполноценным, либо по определению Всемирной Организации Здравоохранения как состояние полного физического, психического и социального благополучия. Однако обязательным условием для социального благополучия является экономическое развитие государства, но в литературе вопрос связи здоровья населения и экономического развития государства исследован частично. В связи с этим, целью исследования является выявление механизмов влияния общественного здоровья на экономическое развитие государства.

В исследовании использовался библиографический метод.

В процессе проведения исследования было установлено:

1. Взаимосвязь общественного здоровья и экономического развития государства является двойственной:

– с одной стороны, здоровье нации – это индикатор экономического, экологического и социального благополучия (данная взаимосвязь проявляется через индекс развития человеческого потенциала, индекс выживаемости и более исследована в литературных источниках)

– с другой стороны, здоровье нации (наличие трудоспособного населения) – это экономический ресурс, один из основных факторов производства, а, следовательно, базис для создания валового внутреннего продукта государства, что, в свою очередь, является фундаментом для его экономического развития.

2. На здоровье населения в определенном соотношении влияют образ жизни, состояние окружающей среды, генетические факторы и состояние медицинской помощи в стране.

3. Состояние медицинской помощи, оказываемой населению, напрямую зависит от состояния государственного бюджета и валового внутреннего продукта.

Подводя итоги, следует отметить, что наличие замкнутого цикла между показателями уровня общественного здоровья и экономического развития государства приводит к тому, что снижение уровня общественного здоровья ведет к снижению уровня экономического развития государства. В свою очередь, это приводит к снижению валового внутреннего продукта и недостаточному финансированию отраслей, в том числе и здравоохранения. Следствием этого является ухудшение качества медицинской помощи и еще более значительное усугубление уровня здоровья населения.

## **ЗДОРОВЬЕ НАСЕЛЕНИЯ КАК ФУНДАМЕНТ ДЛЯ РАЗВИТИЯ ЭКОНОМИКИ ГОСУДАРСТВА**

**Прокопенко К.А.**

**Харьковский национальный медицинский университет  
Научный руководитель – асс. Веретельник Е.А.**

Актуальность темы объясняется тем, что здоровье человека рассматривается как биологическая характеристика, что в современном мире, является неполноценным, либо по определению Всемирной Организации Здравоохранения как состояние полного физического, психического и социального благополучия. Однако обязательным условием для социального благополучия является экономическое развитие государства, но в литературе вопрос связи здоровья населения и экономического развития государства исследован частично. В связи с этим, целью исследования является выявление механизмов влияния общественного здоровья на экономическое развитие государства.

В исследовании использовался библиографический метод.

В процессе проведения исследования было установлено:

1. Взаимосвязь общественного здоровья и экономического развития государства является двойственной:

– с одной стороны, здоровье нации – это индикатор экономического, экологического и социального благополучия (данная взаимосвязь проявляется через индекс развития человеческого потенциала, индекс выживаемости и более исследована в литературных источниках)

– с другой стороны, здоровье нации (наличие трудоспособного населения) – это экономический ресурс, один из основных факторов производства, а, следовательно, базис для создания валового внутреннего продукта государства, что, в свою очередь, является фундаментом для его экономического развития.

2. На здоровье населения в определенном соотношении влияют образ жизни, состояние окружающей среды, генетические факторы и состояние медицинской помощи в стране.

3. Состояние медицинской помощи, оказываемой населению, напрямую зависит от состояния государственного бюджета и валового внутреннего продукта.

Подводя итоги, следует отметить, что наличие замкнутого цикла между показателями уровня общественного здоровья и экономического развития государства приводит к тому, что снижение уровня общественного здоровья ведет к снижению уровня экономического развития государства. В свою очередь, это приводит к снижению валового внутреннего продукта и недостаточному финансированию отраслей, в том числе и здравоохранения. Следствием этого является ухудшение качества медицинской помощи и еще более значительное усугубление уровня здоровья населения.

## **ТЕХНОЛОГИЯ ПРИВЛЕЧЕНИЯ СРЕДСТВ СОЦИАЛЬНО ОРИЕНТИРОВАННЫМИ НЕКОММЕРЧЕСКИМИ ОРГАНИЗАЦИЯМИ С ПОМОЩЬЮ СИСТЕМЫ ЭЛЕКТРОННЫХ ПЛАТЕЖЕЙ**

**Аминова Г.А.**

**Казанский государственный медицинский университет  
Научный руководитель – д.э.н., проф. Максимова М.Н.**

Социально ориентированные некоммерческие организации (СО НКО) привлекают средства с помощью системы электронных платежей через POS-терминалы, интернет, мобильные телефоны, карманные персональные компьютеры и др. Привлеченные средства направляют на помощь больным детям, инвалидам (покупка товаров длительного пользования, технических и медицинских средств жизнедеятельности, дорогостоящее лечение и др.).

Мы проанализировали технологию привлечения средств трёх СО НКО г. Казани с помощью системы электронных платежей. Исследование проводилось с применением общенаучных методов, анализа и обобщения, синтеза, сравнения, аналогии нормативных, научных и практических материалов, отчётов СО НКО.

Для привлечения средств с помощью системы электронных платежей СО НКО используют следующие методы:

1. Яндекс.Деньги – это сервис онлайн-платежей. Внести деньги на счет можно в банковских отделениях, салонах связи, терминалах и других пунктах без комиссии.

2. Киви (QIWI) кошелек – это платёжная система, которая позволяет осуществлять платежи за услуги и денежные переводы с мобильного телефона, работающего в стандарте GSM.

3. Платёжная система «Сотепау» – приём моментальных платежей, который позволяет осуществлять оплату всех повседневных услуг от мобильной связи до погашения банковских кредитов, и производство платежных терминалов.

Благотворительные Фонды Республики Татарстан при поддержке «Ак Барс Банка», Татфондбанка активно использует систему электронных платежей через терминалы и банкоматы для оказания помощи в рамках социальных проектов нуждающимся. Например, в период 2011–2013 г., используя технологию привлечения средств с помощью системы электронных платежей через терминалы и банкоматы, Благотворительным фондом «Ак Барс СОЗИДАНИЕ» было привлечено 45 млн. рублей. За 2013 г., используя данную технологию, Благотворительным фондом имени Анжелы Вавиловой, было собрано 14,5 млн. рублей.

Итак, СО НКО активно привлекают средства через системы электронных платежей. Она упрощает систему перевода, привлеченных денежных средств, для оказания социальных услуг. Электронные системы являются доступными, простыми в применении и направлены на адресную помощь.

## **СОЦИАЛЬНАЯ ПОДДЕРЖКА СЕМЬИ И ДЕТЕЙ**

**Лакеева Ю.А.**

**Казанский государственный медицинский университет  
Научный руководитель – асс. Батталова А.Р.**

Актуальность настоящей работы обусловлена тем, что в настоящее время социальная поддержка семьи и детей представляет собой систему правовых, экономических, организационных мер, гарантированных государством семье и детям и направлена прежде всего на формирование в обществе семейных ценностей, повышение престижа материнства и отцовства, укрепление семьи, развитие семейного устройства детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей.

В настоящее время меры социальной поддержки семьи и детей, как на федеральном, так и на региональном уровнях, представляются:

- в денежной форме – в виде прямых или косвенных социальных трансфертов;
- в натуральной форме – путем предоставления бесплатного питания; организации отдыха и оздоровления детей и

пр.;

- в форме услуг – транспортных, медицинских, социальных;
- в форме морального поощрения, с целью стимулирования укрепления института семьи, многодетности.

При этом на федеральном уровне основной является денежная форма социальной поддержки семьи и детей.

К мерам социальной поддержки семьи и детей, предоставляемым в денежной форме, относящихся к полномочиям Российской Федерации, относятся:

- пособие по беременности и родам;
- единовременное пособие женщинам, вставшим на учет в медицинских учреждениях в ранние сроки беременности;
- единовременное пособие при рождении ребенка;
- ежемесячное пособие гражданам, осуществляющим уход за ребенком до достижения им возраста полутора лет;
- единовременное пособие беременной жене военнослужащего, проходящего военную службу по призыву;
- ежемесячное пособие на ребенка военнослужащего, проходящего военную службу по призыву;
- материнский капитал.

К мерам социальной поддержки семьи и детей, предоставляемым в денежной форме, относящихся к полномочиям субъектов Российской Федерации, относятся:

- ежемесячное пособие на ребенка до достижения 18 лет;
- денежные выплаты в иных формах, предоставляемые регулярно или единовременно;
- региональный материнский капитал.

Проведенное исследование показало, что социальная поддержка семьи и детей является важным направлением государственной семейной политики. От того, насколько качественно семье и детям будут оказаны меры социальной поддержки, зависит социальное и материальное благополучие семьи, и значит всего общества в целом.

## **ОСНОВНЫЕ СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКИЕ ИНДИКАТОРЫ УРОВНЯ ЖИЗНИ НАСЕЛЕНИЯ**

**Батталова А.Р.**

**Казанский государственный медицинский университет**

**Научный руководитель – д.э.н., проф. Максимова М.Н.**

В условиях формирования рыночной экономики в России одним из приоритетных направлений осуществления социально-экономической политики является повышение уровня жизни населения. Проблемы уровня и качества жизни являются одними из наиболее актуальных. Причиной служит экономический кризис 2008–2010 гг., на фоне которого глубокое падение уровня и качества жизни основной массы россиян. Наше благосостояние напрямую зависит от адекватной социальной политики государства, которая, в свою очередь, зависит от того, достаточно ли информации и насколько она полно отражает социальные проблемы. От повышения уровня и качества жизни во многом зависят направленность и темпы дальнейших преобразований в стране. Цель исследования изучить основные индикаторы уровня жизни населения.

Системы показателей уровня жизни населения, как правило, степень удовлетворения материальных и духовных потребностей домашних хозяйств. Так, при оценках и сопоставлениях уровня жизни по методике Организации Объединенных Наций наиболее часто используются следующие группы индикаторов. 1. ВВП на душу населения. 2. Уровень реальных доходов населения. 3. Показатели распределения населения по уровню среднедушевого дохода. 4. Общий уровень потребления материальных благ. 5. Белково-калорийная ценность суточного рациона питания. 6. Ожидаемая продолжительность жизни мужчин и женщин. Младенческая смертность. 7. Общий уровень безработицы. 8. Доля государственных расходов на образование и здравоохранение в ВВП. 9. Обеспеченность населения услугами здравоохранения. 10. Образовательный уровень населения. Одной из удачных попыток можно считать разработанный специалистами Программы развития Организации Объединенных Наций индекс развития человеческого потенциала, или индекс человеческого развития. Он является составным индексом, включающий три показателя: ожидаемую продолжительность жизни при рождении; достигнутый уровень образования; реальный объем ВВП в расчете на душу населения.

Из исследования можно сделать выводы, что повышение уровня жизни населения является главной целью любого прогрессивного общества. Государство обязано создавать благоприятные условия для долгой, безопасной, здоровой и благополучной жизни людей, обеспечивая экономический рост и социальную стабильность в обществе.

## **ТЕХНОЛОГИЯ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ ПЛАТНЫХ СОЦИАЛЬНЫХ УСЛУГ ГРАЖДАНАМ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА**

**Сиразетдинова А. Н.**

**Казанский государственный медицинский университет**

**Научный руководитель – д.э.н., проф. Максимова М.Н.**

Платное социальное обслуживание – это направление повышения качества, расширения спектра социальных услуг, введения новых видов социального обслуживания, развитие рынка социальных услуг, повышение материальной заинтересованности работников в качественном профессиональном труде, повышение материально-технического оснащения социальных организаций.

Цель исследования – анализ технологии предоставления платных социальных услуг в социальном обслуживании граждан пожилого возраста в отделении надомного социального обслуживания (ОНСО) ГАУСО «Центр социального обслуживания населения в городском округе «город Казань» Приволжского района.

Исследование проводилось в форме интервью с заведующей ОНСО Приволжского района Л.В. Ушатик.

За I квартал 2013 года ОНСО Приволжского района предоставило платные социальные услуги гражданам пожилого возраста на сумму 289 959,27 руб. По сравнению с остальными районами города Казани, Приволжский район занимает третье место по числу предоставленных платных социальных услуг гражданам пожилого возраста.

Выяснено, что ОНСО в Приволжском районе города Казани на протяжении 10 лет оказывает платные социальные услуги гражданам пожилого возраста и инвалидам и за это время была проведена большая работа:

- разработаны методики расчета стоимости социальных услуг;
- разработано и обновлено положение ОНКО;
- установлена достойная заработная плата социальным работникам.

Результаты проведенного исследования позволили нам сформулировать рекомендации и предложения, направленные на совершенствование системы платных социальных услуг, предоставляемых гражданам пожилого возраста, ОНКО Приволжского района города Казани:

- 1) разработать соответствующие перечень и тарифы на дополнительные платные социальные услуги;
- 2) информировать обслуживаемых граждан о платных социальных услугах через инфографику;
- 3) для удобства клиентов установить в ГАУСО ЦСОН в городском округе «город Казань» Приволжского района банкоматы ОАО «Сбербанка России».

Итак, оказание платных социальных услуг: 1) это активно развивающееся направление деятельности ОНКО, приносящее дополнительные средства; 2) требует от специалистов большой и квалифицированной работы для расширения и повышения качества оказываемых услуг.

## **УДОВЛЕТВОРЕННОСТЬ НАСЕЛЕНИЯ КАЧЕСТВОМ ПЛАТНЫХ УСЛУГ В СЕЛЬСКИХ РАЙОНАХ РТ**

**Михайлова Л.Р.**

**Казанский государственный медицинский университет  
Научный руководитель – д.э.н., проф. Максимова М.Н.**

Один из источников финансирования учреждений социального обслуживания – предоставление платных услуг населению.

Цель исследования – определить удовлетворенность населения качеством платных услуг.

Методы исследования: опрос граждан пожилого возраста Балтасинского и Актанышского районов; интервью с сотрудниками ГАУСО «КЦСОН «Наз» МТЗиСЗ РТ Балтасинского муниципального района («Наз») и ГАУСО «КЦСОН «Игелекузаге» МТЗиСЗ Актанышского муниципального района («Игелекузаге»); изучены отчеты данных учреждений за 2010–2013 гг. и основные документы по оказанию платных услуг в РТ.

В «Наз» с 2006 г. предоставляют платные услуги 2 отделения:

- 1) отделение надомного социального обслуживания;
- 2) социально-реабилитационное отделение.

За 2010–2013 гг. на надомное социальное обслуживание было израсходовано 2 млн. 521 тыс. руб. Из них на услуги, входящих в перечень дополнительных – 740 тыс. руб. Количество обратившихся – 1 180.

В социально-реабилитационном отделении учреждения осуществляются социально-реабилитационные мероприятия для граждан и инвалидов пожилого возраста.

В «Игелекузаге» платные услуги предоставляются с 2010 г. в отделении надомного социального обслуживания и в автономном учреждении социального обслуживания «Актанышский дом-интернат для престарелых и инвалидов».

За 2010–2013 гг. на надомное социальное обслуживание было израсходовано 5 млн. 258 тыс. руб. Из них на услуги, входящие в перечень дополнительных – 1 млн. 47 тыс. руб. Количество обратившихся – 3 221.

Стоит отметить, что количество проживающих людей в Балтасинском районе составляет 32 861 человек, из них пожилых – 9896. В Актанышском районе – 31 596 человек, из них пожилых – 9818.

По результатам опроса можно сделать вывод, что люди наименее удовлетворены качеством тех услуг, которые требуют наибольших затрат физических сил.

Таким образом, анализ оказания платных услуг данных Центров показал, что не все эти услуги востребованы гражданами, не все услуги соответствуют реальным потребностям граждан. Качество отдельных услуг не удовлетворяют потребности пожилых людей. Увеличение пенсии позволит гражданам пожилого возраста расширить ассортимент платных услуг. С другой стороны, рост прожиточного минимума лишит их гарантированных государством социальных услуг.

## **ЭКСТРЕМАЛЬНАЯ И ВОЕННАЯ МЕДИЦИНА**

### **ЭКОЛОГИЧЕСКИЕ ПОСЛЕДСТВИЯ АВАРИЙ НА ОБЪЕКТАХ ХИМИЧЕСКОЙ ПРОМЫШЛЕННОСТИ**

**Азурова А.Н.**

**Казанский государственный медицинский университет  
Научный руководитель – к.м.н., доц. Динмухаметов А.Г.**

Последствия аварий на ХОО (химически опасных объектах) представляют собой совокупность результатов воздействия химического заражения на объекты, население и окружающую среду. В результате аварии складывается аварийная химическая обстановка, возникает чрезвычайная ситуация техногенного характера. Последствия аварий на ХОО представляют собой совокупность результатов воздействия химического заражения на объекты, население и окружающую среду. В результате аварии складывается аварийная химическая обстановка, возникает чрезвычайная ситуация техногенного характера.

При математическом моделировании воздействия возможных типов загрязняющих веществ, прогнозировании экологических рисков и последствий химического загрязнения, возникает необходимость планирования и реализации следующих направлений исследований:

- анализ и контроль химического загрязнения окружающей среды;
- создание статистических и имитационных моделей идентификации опасности и оценки экологических рисков;
- разработка системы оценки и управления рисками;
- нормирование факторов химического загрязнения почвы и приземного слоя воздуха, водных объектов;

- создание научно обоснованных защитных барьеров, минимизирующих риск для окружающей среды от последствий воздействия вредных веществ различного типа (поясов зеленых насаждений, многоступенчатых фильтров для водных объектов и т. п.).

Вывод: Факторы риска аварий и промышленных катастроф на объектах экономики, использующих в своих технологических процессах аварийно-опасные химические вещества, возможные механизмы их развития, выдвигают необходимость всестороннего анализа возможностей здравоохранения административных территорий по оказанию медицинской помощи поражённым в чрезвычайных ситуациях химической природы.

Заблаговременное прогнозирование аварий на объектах химической промышленности позволяет выявить критичные элементы объекта экономики, определить возможные последствия чрезвычайных ситуаций, в том числе и последствия вторичных поражающих факторов и на их основе подготовить рекомендации по защите гражданского населения от этих последствий.

Проблемы, связанные с химическим заражением местности, также по защите населения при этих условиях становятся основой экологического благополучия и устойчивого развития общества.

## **ОТДАЛЕННЫЕ ПОСЛЕДСТВИЯ АВАРИЙ НА АЭС**

**Галембикова А.Р.**

**Казанский государственный медицинский университет  
Научный руководитель – к.м.н., доц. Динмухаметов А.Г.**

Чернобыльская авария расценивается как крупнейшая в своём роде, как по предполагаемому числу пострадавших людей, так и по экономическому ущербу.

Цель – изучить и уточнить текущие научные оценки долгосрочных медицинских и экологических последствий аварий на АЭС на примере чернобыльской аварии.

Предмет: отдаленные последствия аварий на АЭС.

Методы исследования: изучение научных публикаций, интернет – ресурсов, посвященных изучаемой тематике.

К медицинским последствиям аварии были отнесены лучевая болезнь, онкологические, наследственные и др. заболевания. Было зарегистрировано 134 случая острой лучевой болезни. За 1986 год от лучевой болезни умерло 28 человек, К 2004 году умерло ещё 19 человек, однако их смерть не обязательно была вызвана лучевой болезнью.

В 1990-1998 гг. было зарегистрировано более 4000 случаев заболевания раком щитовидной железы. Некоторые исследования показывают увеличение числа и других видов рака. Было обнаружено увеличение числа врождённых патологий в различных районах Белоруссии 1986-1994 гг., однако оно было примерно одинаковым как в загрязнённых, так и в чистых районах.

Экологические последствия были вызваны выбросами радиоактивного материала в городскую, сельскохозяйственную, лесную и водную среды. Последствием выбросов радионуклидов в городскую среду явилось вторичное загрязнение систем канализации и мест скопления сточных вод.

Радиоактивный йод быстро попадал в молоко, приводя к увеличению доз облучения щитовидной железы среди тех, кто потреблял молоко.

Хотя произошло общее снижение величины доз облучения в связи с потреблением сельскохозяйственных продуктов, высокие уровни загрязнения в лесных пищевых продуктах до сих пор превышают уровни вмешательства во многих странах.

Загрязнение водной среды быстро снизилось после выброса путем разбавления, физического распада и поглощения радионуклидов почвами. Реальные последствия аварии на Чернобыльской АЭС для популяций человека будут доступны для анализа к 2025-2026 году, так как поколение, попавшее под прямое воздействие радиации, только начало обзаводиться семьями и рождать детей.

## **ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ НАСЕЛЕНИЯ ПРИ ЛИКВИДАЦИИ ПОСЛЕДСТВИЙ ЗЕМЛЕТРЯСЕНИЯ**

**Помазков А.Ю.**

**Казанский государственный медицинский университет  
Научный руководитель – к.м.н., доц. Динмухаметов А.Г.**

В очаге землетрясения первая помощь, как правило, оказывается поражённым в порядке само- и взаимопомощи, а также личным составом спасательных формирований. В начальный период (в течение нескольких часов) оказание первой помощи поражённым и их эвакуация из очага носят довольно стихийный характер. Организацию лечебно-эвакуационного обеспечения выполняют силами и средствами объектов, местных и уровней ВСМК, территория и объекты которых оказались в зоне землетрясения.

При ликвидации территориальных медико-санитарных последствий землетрясений интенсивностью 5 баллов в большинстве случаев представляется возможным сохранить организацию лечебно-профилактического обеспечения, существующего в обычных условиях.

При 6-балльном землетрясении может возникнуть необходимость в организации и выполнении ряда дополнительных лечебно-эвакуационных мероприятий за счёт сил и средств службы медицины катастроф территориального уровня.

При землетрясении в 7-8 баллов принципиальные положения организации лечебно-эвакуационного обеспечения, характерные для землетрясения в 6 баллов, сохраняют

Различные травмы, вплоть до смертельных, при землетрясении в 7 баллов получает каждый свою справедливость, вместе с тем есть и существенные особенности. 7-10-й житель, а в 8 баллов - каждый 3-4-й житель. В этих условиях едва ли представляется возможным привлечь к оказанию первой медицинской помощи значительную часть жителей, не пострадавших при землетрясении.

При землетрясении интенсивностью 9 баллов и более лечебно-профилактические учреждения, расположенные в зоне землетрясения будут уничтожены или потеряют работоспособность. В этих условиях возникает необходимость выдвижения формирований службы медицины катастроф территориального, регионального и федерального уровней и их развёртывания в зоне землетрясения для оказания медицинской помощи поражённым.

Госпитальное лечение проводят в лечебных учреждениях, расположенных на значительном удалении от зоны землетрясения, с привлечением воздушного транспорта для эвакуации поражённых.

Для обеспечения эвакуации поражённых в лечебные учреждения, расположенных на значительном удалении от очага землетрясения, необходимо организовать медицинское сопровождение.

## **ОСОБЕННОСТИ ОРГАНИЗАЦИИ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В ЧС ДЕТЯМ**

**Солтнова Ф.Р.**

**Казанский государственный медицинский университет  
Научный руководитель – к.м.н., доц. Динмухаметов А.Г.**

В чрезвычайных ситуациях дети представляют наиболее уязвимый и наиболее ранимый контингент населения. В сентябре 1990 г. Организация Объединенных Наций провозгласила Всемирную декларацию об обеспечении выживания, развития и защиты детей. Согласно Указу Президента России, эти меры составили существенный раздел основных направлений государственной социальной политики по улучшению положения детей Российской Федерации. К чрезвычайным ситуациям в аспекте гражданской защиты относятся:

1) вооруженные конфликты и локальные войны, в которых дети гибнут, получают ранения и травмы, становятся беженцами;

2) техногенные аварии, пожары и взрывы на производстве и транспорте, железнодорожные аварии, взрывы газо- и нефтепроводов, аварии на атомных электростанциях;

3) природные катастрофы - землетрясения, наводнения, засуха, ураганы и т.п.

Война и дети. Со времен второй мировой войны в мире произошло около 130 вооруженных конфликтов. Около 2 млн детей погибли на земном шаре в этих конфликтах только за последнее десятилетие, 4- 5 млн детей стали инвалидами, около 1 млн - сиротами.

Природные катастрофы и техногенные аварии. Всего только за один год в авариях и катастрофах погибло около 1000 человек, число пострадавших превысило 3000.

Главные медицинские проблемы в условиях чрезвычайных ситуаций:

1. шок, травматический, геморрагический;

2. синдром размождения;

3. острая почечная недостаточность;

4. респираторный дистресс - шоковое легкое;

5. ожоги;

6. увечья - ампутации конечностей, травмы головы, слепота, глухота;

7. переломы костей, контрактуры суставов;

8. психическая травма;

9. голод, дистрофия, инфекции.

В основе деятельности Всероссийской службы медицины катастроф лежат следующие принципы: государственный характер, приоритетное значение, централизованное управление, эшелонирование сил и средств службы, единоначалие при ликвидации медицинских последствий, этапность экстренной медицинской помощи, универсальность в условиях различных чрезвычайных ситуаций, экономическая целесообразность. Педиатрическое звено представлено на всех уровнях специализированными медицинскими бригадами постоянной готовности, являющимися составной частью мобильных формирований.

## **МЕРОПРИЯТИЯ ПО ЗАЩИТЕ МЕДИЦИНСКОГО ИМУЩЕСТВА ПРИ ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЯХ МИРНОГО И ВОЕННОГО ВРЕМЕНИ**

**Якубова А.Ш.**

**Казанский государственный медицинский университет  
Научный руководитель – ст. преп. Терехов В.В.**

В случае чрезвычайных ситуаций мирного или военного времени, медицинское имущество приобретает особую ценность, ввиду того, что имеется необходимость активного его использования и защиты, сохранения в экстремальных ситуациях и возможности «реабилитации» после его порчи.

Цель: Изучить, как осуществляется организация защиты медицинского имущества в ЧС мирного и военного времени.

Задачи: Определить, что причисляется к медицинскому имуществу и выделить основные принципы его защиты.

Методы: Анализ литературы.

Медицинское имущество - совокупность специальных средств, применяемых медицинской службой для оказания медицинской помощи, диагностики, лечения, профилактики заболеваний и поражений, проведения санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий, оборудования медицинских формирований и учреждений.

Основные принципы защиты медицинского имущества тесно связаны с повреждающим фактором, который попадет во внешнюю среду при техногенной аварии, либо с тем, который будет использован потенциальным противником при чрезвычайных ситуациях военного времени.

Можно выделить комплекс мероприятий, применяемых для защиты медицинского имущества: 1) Профилактические методы (радиационная, химическая и биологическая разведка); 2) Соблюдение санитарно-гигиенических правил при заготовке, транспортировании, хранении и использовании медицинского имущества; 3) Выполнение противоэпидемических и специальных профилактических мероприятий; 4) Использование защитных свойств упаковки и тары, подручных средств; 5) Размещение складов медицинского имущества и других учреждений МСГО и МК вдали от химически, радиационно и пожароопасных объектов, на благополучных в санитарно-гигиеническом и противоэпидемическом отношении территориях; 6) Рассредоточение запасов медицинского имущества и их укрытие с использованием защитных свойств местности; 7) Оборудование герметичных укрытий для размещения и хранения запасов медицинского имущества; 8) Применение рефрижераторов, термобоксов и специального транспорта для перевозки медицинского имущества; 9) Подготовка к работе в условиях загрязнения территории радиоактивными, ядовитыми веществами, заражения бактериальными средствами; 10) Эвакуация учреждений медицинского снабжения за пределы зоны загрязнения, организация их работы в новых условиях.

## **ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКОГО СНАБЖЕНИЯ В РЕЖИМЕ ЧРЕЗВЫЧАЙНОЙ СИТУАЦИИ**

**Горелкин И.В.**

**Казанский государственный медицинский университет  
Научный руководитель – ст. преп. Терехов В.В.**

Медицинское обеспечение - совокупность мероприятий по охране здоровья военнослужащих, поддержанию санитарно-эпидемического благополучия населения, по своевременному оказанию медицинской помощи пораженным и

больным, их эвакуации и лечению в целях быстрого восстановления трудоспособности. Не дожидаясь наступления и развития последствий чрезвычайной ситуации целесообразно помимо предохранительных мероприятий составить сметы по доставлению и обеспечению медицинским имуществом особых служб и учреждений. Медицинское имущество - совокупность специальных материальных средств, предназначенных для оказания медицинской помощи, диагностики, лечения, профилактики заболеваний и поражений; выполнения санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий, оборудования медицинских подразделений и учреждений службы медицины катастроф.

Нормирование снабжения медицинским имуществом в чрезвычайных ситуациях осуществляется в соответствии с характером поражения людей, видом и объемом медицинской помощи, оказываемой учреждениями и формированиями медицины катастроф.

Актуальность проблемы медицинского снабжения в режиме ЧС объясняется постоянной угрозой её возникновения, а также необходимостью заблаговременного прогнозирования объема медицинских средств.

Цель исследования осветить возможные способы рационализации в процессе медицинского снабжения.

Задачи исследования:

- 1) Оценить действия, выполняемые поэтапно при медицинском снабжении в режиме ЧС;
- 2) Оценить проблемы, могущие возникнуть при чрезвычайных ситуациях;
- 3) Рассмотреть пути избегания проблем.

Методы: Работа с документацией, рассмотрение конкретных примеров и случаев.

Выводы: в ходе работы нами были выяснены основные пути реализации обеспечения медицинским имуществом особых подразделений, а также различные способы его доставки.

## **МЕДИЦИНСКИЕ СРЕДСТВА ЗАЩИТЫ**

**Рахманкулов Р.А.**

**Казанский государственный медицинский университет**

**Научный руководитель – ст. преп. Терехов В.В.**

Медицинские средства защиты - это такие простейшие средства, которыми должен уметь пользоваться каждый человек, ибо они предназначены для оказания первой медицинской помощи в чрезвычайных ситуациях.

В результате аварий, катастроф и стихийных бедствий люди получают травмы, им может угрожать поражение сильнодействующими ядовитыми, отравляющими и радиоактивными веществами. Во всех случаях медицинские средства индивидуальной защиты будут самыми первыми, верными и надежными помощниками.

К ним относят: пакет перевязочный индивидуальный, аптечку индивидуальную (АИ-2), индивидуальный противохимический пакет (ИПП-8, ИПП-9, ИПП-10). Помимо этого крайне необходимо иметь свою домашнюю аптечку.

В повседневной жизни, а тем более в чрезвычайных ситуациях, всегда появляются травмированные. У одних - раны, переломы конечностей, ожоги, у других открылись кровотечения, возникли сердечные, головные, желудочные боли, простудные и иные заболевания.

Важно всегда помнить, что всякая, даже самая небольшая рана представляет угрозу для жизни человека — она может стать источником заражения различными микробами, а некоторые сопровождаются еще и сильным кровотечением. Основной мерой профилактики и оказания первой медицинской помощи является наложение стерильной повязки на рану. Вот для этого в домашней аптечке надо иметь необходимый перевязочный материал: пакеты перевязочные, бинты, салфетки стерильные, вату.

Вместе с тем, комплектовать медицинскую аптечку на все случаи жизни практически невозможно. Однако при разумном подходе можно создать ее оптимальный вариант, ориентируясь на болезни членов семьи, на санитарно-эпидемиологическую обстановку в районе, городе.

Домашняя аптечка должна содержать хотя бы минимум медицинских средств, необходимых для оказания первой медицинской помощи при травмах, острых воспалительных заболеваниях, различных приступах.

## **ИНФОРМАЦИОННАЯ ВОЙНА**

**Паруров Д.Г.**

**Казанский государственный медицинский университет**

**Научный руководитель – к.м.н., доц Ковалёв М.И.**

Актуальность исследований в области информационных войн (ИВ), многогранность форм и методов этой работы в научном и практическом планах определяется тем, что сегодня любая страна мира нуждается в создании эффективной системы государственного противодействия операциям информационно-психологической войны (ИПВ). Информационно-психологическая война позволяет оказывать интенсивное воздействие на различные процессы практически на всех уровнях государственного и общественного устройства в любой стране или регионе.

Целью данной работы является изучение сущности и особенностей "информационной войны".

Методы исследования: изучение научных публикаций, научно-методической литературы, специальной литературы, СМИ, интернет ресурсы по интересующей тематике.

Термин "информационная война" оказался в фокусе внимания в связи с войной в Персидском заливе в 1991 году. Под этим тогда подразумевались дезинформация и физические действия, направленные на разрушение иракских информационных систем - как военных (радио и компьютерная связь), так и гражданских (средств пропаганды). К этому можно добавить и западные телекомпании, ведущие трансляции из Ирака. Причем эти передачи были направлены не на противника, а, наоборот - на граждан западных стран.

В августе 1995 года Национальным Институтом Обороны США была опубликована классическая работа в данной области Мартина Либки. В ней автор определил 7 форм информационной войны: командно-управленческая, разведывательная война, электронная война, психологическая война, хакерская война, экономическая информационная война, кибервойна.

Данная проблема актуальна и сейчас. Как пример можно привести грузино-осетинский конфликт, где пострадали не только множество жизней, но и положение нашей страны на мировом уровне. Особенно неожиданными и интересными оказались для России мнения зарубежных партнеров о войне, которые, почти единодушно, встали на сторону агрессора - Грузии.

Выводы: информационная война - это форма межгосударственной борьбы путем информационного воздействия друг на друга в интересах достижения поставленных целей. По аналогии с горячими войнами на информационной войне первой погибает правда.

## **ЗДРАВООХРАНЕНИЕ И ЗДОРОВЬЕ НАЦИИ. ЦЕЛИ И ЗАДАЧИ ДО 2023 ГОДА**

**Вакилова Л.Р.**

**Казанский государственный медицинский университет  
Научный руководитель – к.м.н., доц Ковалёв М.И.**

Здравоохранение представляет собой систему государственных, общественных и медицинских мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья людей, профилактику и лечение заболеваний. Оно выполняет две основные функции - экономическую и социальную. Экономическая функция состоит в восстановлении трудоспособности работников. Социальная функция заключается в формировании здоровья человека, увеличении продолжительности его жизни.

Вместе с тем неизмеримо велика роль отрасли в сохранении здоровья нации - этого особого богатства страны и фундамента её дальнейшего развития. Уровень развития здравоохранения отражается на социальном и экономическом благосостоянии населения, результатах производственной деятельности, демографических процессах и качестве народонаселения.

Цели здравоохранения: Обеспечение доступности медицинской помощи и повышение эффективности медицинских услуг, объемы, виды и качество которых должны соответствовать уровню заболеваемости и потребностям населения, передовым достижениям медицинской науки.

Задачи:

1. Обеспечение приоритета профилактики в сфере охраны здоровья и развития первичной медико-санитарной помощи;
2. Повышение эффективности оказания специализированной, включая высокотехнологичную, медицинской помощи, скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, медицинской эвакуации;
3. Развитие и внедрение инновационных методов диагностики, профилактики и лечения, а также основ персонализированной медицины;
4. Повышение эффективности службы родовспоможения и детства;
- развитие медицинской реабилитации населения и совершенствование системы санаторно-курортного лечения, в том числе детей;
5. Обеспечение медицинской помощью неизлечимых больных, в том числе детей;
6. Обеспечение системы здравоохранения высококвалифицированными и мотивированными кадрами;
7. Обеспечение системности организации охраны здоровья.

## **РАЗВИТИЕ ВСЕРОССИЙСКОЙ СЛУЖБЫ МЕДИЦИНЫ КАТАСТРОФ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ**

**Разяпова Ф.Г.**

**Казанский государственный медицинский университет  
Научный руководитель – к.м.н., доц Ковалёв М.И.**

В Российской Федерации законодательством закреплено, что организация и оказание медицинской помощи пострадавшим в результате аварий, катастроф, стихийных бедствий, террористических актов и вооруженных конфликтах, в т.ч. медицинская эвакуация, осуществляются Всероссийской службой медицины катастроф (ВСМК), являющейся подсистемой единой государственной системы предупреждения и ликвидации чрезвычайных ситуаций (РСЧС), подведомственной Минздраву России.

Основу ВСМК составляет служба медицины катастроф Минздрава России.

В современных условиях готовность здравоохранения и ликвидации медико-санитарных последствий всевозможных ЧС является объективной потребностью. Необходимо отметить, что такое положение определяется не только внутренними причинами, но и нередко рамками международного сотрудничества.

В настоящее время имеется ряд причин, обуславливающих необходимость дальнейшего совершенствования деятельности ВСМК.

Это, прежде всего, выход в свет основополагающих нормативных актов, регламентирующих деятельность ВСМК: Федеральный закон Российской Федерации от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»; Указ Президента Российской Федерации до 2020 года» от 12.05.2009 г. № 537, а также новое Положение о Всероссийской службе медицины катастроф (постановление Правительства Российской Федерации от 26.08.2013 г. № 734).

В рамках реализации этих нормативных актов заинтересованным федеральным органам исполнительной власти, органам исполнительной власти субъектов Российской Федерации предстоит определить структуру и перечень сил и средств, выделяемых в состав ВСМК. На федеральном уровне необходимо будет разработать и заключить соответствующие Соглашения о порядке взаимодействия между Минздравом России и Минобороны России, МЧС России, МВД России, а также другими заинтересованными федеральными органами исполнительной власти при чрезвычайных ситуациях, разработать и ввести в действие ряд нормативно-методических документов.

## **ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ ПО ЛОКАЛИЗАЦИИ И ЛИКВИДАЦИИ ОЧАГОВ МАССОВЫХ ИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЯХ.**

**Рахматуллин Д.З.**

**Казанский государственный медицинский университет  
Научный руководитель – к.м.н., доц. Ковалёв М.И.**

Стихийные бедствия, аварии, катастрофы, вооруженные конфликты способствуют появлению эпидемических очагов, резкому повышению уровня инфекционной заболеваемости среди пострадавшего населения. Эффективность противоэпидемических мероприятий и качество оказания медицинской помощи населению в ЧС во многом зависят от состояния готовности всех служб области, города, района к локализации и ликвидации эпидемического очага.

Следует отметить, что на всех этапах оказания медицинской помощи инфекционным больным должен быть обеспечен необходимый противоэпидемический режим. Мероприятия по его соблюдению входят в план противоэпидемической защиты и обязательны для выполнения всеми службами. Строгий противоэпидемический режим работы учреждений здравоохранения предусматривает проведение соответствующих мероприятий, направленных на три звена эпидемиологического процесса, в том числе на источник инфекции, пути и факторы передачи заразного начала и восприимчивое население. Строгое выполнение мероприятий противоэпидемического режима позволяет в более короткие сроки локализовать и ликвидировать эпидемический



очаг, сократить количество инфицированных, уменьшить тяжесть их заболевания и летальность. Противоэпидемический режим работы в случаях выявления среди пораженного населения больных особо опасными инфекциями, групповых заболеваний контагиозными инфекциями с быстрым нарастанием числа заболевших включает карантин.

В ЧС, вызванных бактериологическими (биологическими) агентами, в том числе при крупных эпидемических вспышках инфекционных заболеваний, возникает необходимость одномоментной госпитализации большого количества заболевших. При этом, в силу особенностей эпидемического процесса, количество больных, особенно в первую неделю, резко нарастает, что требует значительного увеличения коечного фонда. Наиболее распространенным мероприятием, проводимым здравоохранением в таких случаях, наряду с использованием территориальных инфекционных больниц, является перепрофилирование соматических стационаров в инфекционные. Это мероприятие должно быть положено в основу планов противобактериологической защиты населения.

## **ОКАЗАНИЕ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В ПОЛЕВЫХ УСЛОВИЯХ**

**Хуснутдинова И.И.**

**Казанский государственный медицинский университет  
Научный руководитель – ст. преп. Атланов С.П.**

Повреждения лица и челюстей в период военных действий в среднем составляет около 5% от числа всех ранений. В мирное время травма челюстно-лицевой области составляет в среднем 3% от общего количества травматических больных.

Медицинское обеспечение раненых и больных, в том числе и раненых в челюстно-лицевую область, осуществляется в системе лечебных и эвакуационных мероприятий, которую принято называть этапным лечением с эвакуацией по назначению предусматривает осуществление принципа единства процесса лечения и эвакуации.

При возникновении массовых санитарных потерь и значительной перегрузке этапов медицинской эвакуации объем медицинской помощи будет сокращаться. При благоприятных условиях объем медицинской помощи может быть расширен.

Оказание медицинской помощи и лечение раненых в челюстно-лицевую область осуществляются на этапах медицинской эвакуации различными категориями медицинских работников (санитарные инструкторы, фельдшера, стоматологи и челюстно-лицевые хирурги). Эффективность оказания медицинской помощи и лечения полностью зависит от соблюдения принципа преемственности лечебных и эвакуационных мероприятий, базирующегося на едином понимании патологии боевой травмы, на единых принципах оказания медицинской помощи и лечения. Преемственность в оказании медицинской помощи и лечении раненых, в том числе и в челюстно-лицевую область, обеспечивается хорошо налаженной медицинской документацией. В медицинских документах должны быть отражены локализация и вид ранения или повреждения, характер лечебных мероприятий, выполненных на том или ином этапе, ориентировочный срок лечения раненого и его дальнейшее эвакуационное предназначение.

Последовательность оказания видов медицинской помощи не всегда может соблюдаться, и она будет полностью зависеть от условий боевой и медицинской обстановки, а также наличия средств эвакуации. Поэтому не всегда раненые будут проходить последовательно все этапы медицинской эвакуации. Наличие санитарного авиатранспорта позволит в некоторых случаях эвакуировать раненых с передовых этапов медицинской эвакуации непосредственно на этап специализированной медицинской помощи.

## **САНИТАРНО-ГИГИЕНИЧЕСКОЕ И САНИТАРНО-ЭПИДЕМИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ НАСЕЛЕНИЯ ЭВАКУИРУЕМОГО ИЗ ЗОНЫ ЧС**

**Юсупов А.Р.**

**Казанский государственный медицинский университет  
Научный руководитель – ст. преп. Атланов С.П.**

Наводнение в бассейне Амура в 2013 году стало сильнейшим в регионе за последние десятилетия. Оно охватило Амурскую область, Еврейскую автономную область и Хабаровский край.

Цель: изучить санитарно-эпидемическое и санитарно-гигиеническое обеспечение населения в ЧС на примере наводнения на Дальнем Востоке в 2013 году.

Методы исследования: изучение научных публикаций, ресурсов интернет-СМИ на данную тему.

Роспотребнадзором даны рекомендации к условиям размещения людей в пунктах временного и длительного пребывания. Были созданы пункты длительного пребывания: на территории Еврейской автономной области - 8, Хабаровского края - 35, Амурской области - 10.

В ходе лабораторного контроля исследовано: 3173 пробы воды из поверхностных источников водоснабжения и 2284 пробы - из подземных; 10518 проб из разводящей сети централизованных систем водоснабжения и 1950 проб - из децентрализованных. На 92 системах введены дополнительные меры по обеспечению эпидемической безопасности питьевой воды (гиперхлорирование).

Проведена проверка 717 партий пищевых продуктов объемом 89661,3 кг, из них не соответствовали нормативным требованиям 33 партии объемом 264,6 кг.

Осуществлялся контроль за проведением дезинфекции, дезинсекции, дератизации и противоэпидемического обеспечения эпидемически опасных объектов.

Проведены информирование и пропаганда о необходимых противоэпидемических и санитарно-гигиенических мероприятиях.

На пострадавших от подтопления территориях проведено более 3700 мероприятий по обеззараживанию систем водоотведения и канализации (обработке подверглось более 3550 выгребных ям), более 1100 мероприятий по санитарной очистке территорий.

Проведена иммунизация населения против гепатита А - 89,2 тыс. человек, фагирование - 45,2 тыс. человек, иммунизация лиц из групп риска против брюшного тифа, дизентерии.

Заключение: санитарно-противоэпидемические мероприятия в очаге чрезвычайной ситуации являются неотъемлемой частью медико-санитарного обеспечения, т.к. направлены на предупреждение, ликвидацию различных инфекционных заболеваний.

## **ПРИМЕНЕНИЕ ПАТОГЕННЫХ БИОЛОГИЧЕСКИХ АГЕНТОВ ПРИ ТЕРРОРИСТИЧЕСКИХ АКТАХ**

**Абзалилов М.М.**

**Казанский государственный медицинский университет  
Научный руководитель – ст. преп. Атланов С.П.**

В последнее десятилетие внимание политиков, военных и гражданских специалистов к проблеме биотерроризма постоянно усиливается.

Отличительной особенностью диверсии с применением биологических средств является дезорганизация работы поражаемого объекта, населенного пункта, области или государства в целом, путем инициирования локальных вспышек заболеваний или эпидемий, или путем биологического шантажа без разрушений объектов.

Особое значение среди вероятных агентов имеют возбудители высококонтагиозных заболеваний чумы, натуральной оспы, лихорадки Марбург и Эбола. Способность к развитию эпидемического процесса и его нарастанию в пространственно-временных границах повышает вероятность использования этих агентов в качестве средства террористического нападения.

Для принятия оптимальных решений при организации противобактериологической защиты населения и ликвидации санитарно-эпидемиологических последствий террористических актов с применением биологических агентов целесообразно использование классификации биологических агентов, учитывающей их базовые свойства как средства террора. Также следует учитывать психологическое воздействие на население. При оценке психологического воздействия на население, подвергшееся теракту с применением ПБА, следует учитывать предварительно сформировавшееся общественное мнение в отношении заболевания, вызываемого ПБА. Так, исторически сложившаяся репутация таких заболеваний как чума, оспа, холера, сибирская язва, вызовет больший страх и панику, чем при других не менее опасных, но мало известных населению заболеваниях.

Особо важное значение имеет организация и осуществление контроля за санитарно-эпидемиологической обстановкой, выявление причин и условий возникновения инфекционных, паразитарных и массовых неинфекционных заболеваний, вызванных актами биотерроризма, прогнозирование (совместно с заинтересованными министерствами и ведомствами) возможности возникновения эпидемий на территории Российской Федерации; организация и участие в проведении мероприятий по предупреждению, локализации, ликвидации, специфической и неспецифической профилактике инфекционных и паразитарных заболеваний, вызванных актами биотерроризма.

## **САНИТАРНАЯ ОХРАНА ТЕРРИТОРИИ СТРАНЫ**

**Шакирзянов А.Г.**

**Казанский государственный медицинский университет  
Научный руководитель – ст. преп. Атланов С.П.**

Накопленный международным сообществом опыт показал, что без наличия оперативной и централизованной системы обмена эпидемиологической информацией между государствами невозможно принятие своевременных мер по предупреждению завоза и распространения опасных инфекционных заболеваний. Первые шаги в этом направлении были предприняты в начале XX века Международным бюро общественной гигиены и Панамериканским санитарным бюро. Дальнейшее развитие системы международной эпидемиологической информации связано с деятельностью Санитарной организации Лиги Наций. Благодаря ее усилиям увеличилось число стран, из которых стала поступать информация о карантинных и других опасных заболеваниях. Несмотря на то, что публикуемые статистические данные о заболеваемости в разных странах не могли претендовать на абсолютную достоверность, система регулярной взаимoinформации позволила следить за ходом эпидемических процессов в мире и создала благоприятные предпосылки для реализации коллективных мер по ликвидации крупных вспышек опасных инфекционных заболеваний.

Окончательное формирование современной глобальной системы надзора за инфекционными болезнями было осуществлено ВОЗ. Уже в 1946 г. начала свою деятельность служба сбора эпидемиологической информации о карантинных болезнях. В 1949 г. была создана специальная секция по наблюдению за эпидемиями.

Резко сократившиеся сроки перевозок поставили под сомнение эффективность санитарной охраны границ, поскольку появились возможности достижения границ практически любого государства за время, не превышающее инкубационный период инфекционных заболеваний. Создававшаяся ситуация потребовала пересмотра основных положений профилактики завоза и последующего распространения инфекционных болезней. Поэтому в 70-е годы XX века на смену концепции санитарной охраны границ пришла концепция санитарной охраны территории. Задачей пограничного медицинского контроля стало получение и передача сигнальной информации о лицах, подвергнувшихся риску заражения, территориальным органам здравоохранения, а сама система преобразовалась в сложный комплекс административных, лечебно-профилактических, противоэпидемических мероприятий.

## **НАТУРАЛЬНАЯ ОСПА – КАК УГРОЗА БИОЛОГИЧЕСКОГО ТЕРРОРИЗМА В СОВРЕМЕННОМ МИРЕ**

**Заплетина Н.А., Стулов А.С., Филиппова В.М.**

**Астраханская государственная медицинская академия  
Научный руководитель – к.м.н., асс. Аракельян Р.С.**

Цель исследования. Охарактеризовать инфекционное заболевание «натуральная оспа» с точки зрения использования возбудителя в качестве биологического терроризма в современном мире.

Материалы и методы. Натуральная оспа – ликвидированная инфекция, которая продолжает угрожать человечеству. Смертность от оспы среди вакцинированных пациентов составляет 3%, среди невакцинированных – 30%.

Результаты исследования. Основными факторами угрозы считаются: вероятность применения вируса в террористических актах, широкая циркуляция вируса (обезьян, коров, верблюдов, буйволов и др.) в природе, спорадическая заболеваемость оспой обезьян и эпидемические цепочки с 4-5-8 уровнями передачи, длительная (100 и более лет – срок наблюдения) сохранность вируса в трупных материалах. Несмотря на то, что натуральная оспа уже более 30 лет не регистрируется в мире, потенциальная опасность ее появления сохраняется, т.к. еще существуют музеи штаммов вируса натуральной оспы, откуда «утечка» возбудителя полностью не исключена.

Всемирная Ассамблея Здравоохранения 8 мая 1980 г. торжественно провозгласила: «Мир и народы Земли впервые в истории человечества одержали победу над оспой - одной из самых опустошительных болезней, эпидемии которой охватывали многие страны, оставляя после себя смерть, слепоту и уродства...».

Ликвидация заболевания не означает полного уничтожения вируса. Согласно рекомендациям Всемирной организации здравоохранения, все государства, хранившие запасы оспенных вирусов, должны были их уничтожить. В настоящее время, согласно официальным данным, остались только две коллекции законсервированных вирусов натуральной оспы (так называемых музейных штаммов). Одна находится в России, в специальном вирусологическом центре под Новосибирском, другая - в США, в Атланте.

Закключение. Таким образом, потенциальную угрозу возвращения вируса натуральной оспы или появления его новых вариаций полностью исключить, по всей вероятности, нельзя.

## **ОЦЕНКА ГОТОВНОСТИ ВОДИТЕЛЕЙ ТРАНСПОРТНЫХ СРЕДСТВ К ОКАЗАНИЮ ПЕРВОЙ ПОМОЩИ**

**Михно В.А.**

**Волгоградский государственный медицинский университет  
Научный руководитель – д.м.н., доц. Поройский С.В.**

Владение техническими средствами накладывает на водителей особую ответственность в плане владения знаниями и навыками оказания первой помощи, применение алгоритмов которой после дорожно-транспортного происшествия способно реализовать правило «золотого часа». Цель: определение реальной готовности водителей транспортных средств к оказанию приемов первой помощи пострадавшим в дорожно-транспортных происшествиях. Материалы и методы. Проведено анкетирование 100 водителей по разработанному опроснику. Средний возраст исследуемых-31,6 лет, 81% мужчин. Полученные результаты. Среди 100 респондентов, обучение навыками оказания первой помощи в автошколе прошли 68%. 81% опрошенных водителей ранее были участниками дорожно-транспортного происшествия. Обращает на себя внимание, что только 27,1% респондентов оказывали первую помощь пострадавшим, тогда как 72,9% опрошенных выступали в роли «зрителей». Оценка знаний основ организации и приемов оказания первой помощи выявило, что 74% опрошиваемых не представляют состав автомобильной аптечки, 35% водителей уверены, что смогут выполнить приемы сердечно-легочной реанимации. Только для 27,3% опрошенных оказание первой помощи является личной обязанностью. Оправдывая свое бездействие 57,3% респондентов считают, что первую помощь должны оказывать медики, 15,4% опрошенных считают, что первую помощь должны оказывать сотрудники дорожно-патрульной службы. На вопрос об ответственности за неоказание первой помощи 46,4% респондентов сообщили о полной безнаказанности, 39,3% водителей считают, что существует только моральная ответственность и 14,3% знают об административно-уголовной ответственности. На фоне представленной низкой грамотности водителей в приемах оказания первой помощи 56% водителей считают, что им необходимо повысить свой уровень навыков по оказанию первой помощи. Реальное желание реализовать эту необходимость имеют лишь 9% опрошенных. Заключение. Владение навыками оказания первой помощи водителями является важнейшей составляющей системы медицинской помощи пострадавшим в дорожно-транспортных происшествиях. Несмотря на реализуемую в автошколах систему подготовки, отмечается крайне низкий уровень грамотности водителей в отношении основ организации, владения приемами оказания первой помощи, а также отсутствие мотивации к ее повышению.

## **ЭПИДЕМИОЛОГИЯ**

### **ВЛИЯНИЕ КОМБИНИРОВАННЫХ ОРАЛЬНЫХ КОНТРАЦЕПТИВОВ НА ТЕЧЕНИЕ ЭПИДЕМИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА ПРИ ВИРУСНЫХ ГЕПАТИТАХ**

**Силина Т.А., Чуев А.С., Белоконова Л.В.**

**Курский государственный медицинский университет  
Научный руководитель – д.м.н., проф. Провоторов В.Я.**

Цель - изучение особенностей течения эпидемического процесса при вирусных гепатитах на фоне приема комбинированных оральных контрацептивов.

Методы исследования: изучение заболеваемости вирусными гепатитами с использованием историй болезни 180 женщин, больных вирусными гепатитами (ВГ), подтвержденными серологически, из которых 60 женщин принимали средне- и высокодозированные комбинированные оральные контрацептивы (КОК) и 60 - микро- и низкодозированные, расчет критерия Стьюдента, коэффициента линейной корреляции, коэффициента ранговой корреляции Спирмена.

Результаты: корреляционная зависимость между системным приемом КОК и степенью выраженности цитолитического и мезинхиально-воспалительного синдромов при ВГ определяется лишь при ранговом соотношении, не является достоверным признаком при линейном сопоставлении показателей. На фоне приема КОК с высокой степенью уровней внутренней и внешней обобщаемости отмечаются нарушения билирубинового обмена при ВГ по типу холестатического варианта патологического процесса. Выраженность признаков холестатического компонента клинического течения ВГ с наибольшей степенью вероятности зависит от фармакологической активности основного вещества препарата и в меньшей степени от длительности его приема. Системный статистический анализ занятости коечного фонда исследуемой группы определяет увеличение эпидемиологической и социально-экономической значимости изучаемого явления.

Закключение: в практической медицине должен быть более широкий методический подход в диагностике с учетом всего преморбидного фона, что детализирует алгоритм не только постановки диагноза, но и создает условия клинического «ожидания» возможных вариантов развития заболевания. Эпидемиологу знание указанных особенностей должно помогать в плане определения степени эпидемиологической и социально-экономической значимости явления, поскольку нетипичные проявления, протекающие на фоне неспецифической клиники создают потенциал изменения эпидемического процесса в популяции.

## **МОЛЕКУЛЯРНО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЙ МОНИТОРИНГ ЗА ЦИРКУЛЯЦИЕЙ ВОЗБУДИТЕЛЕЙ ОСТРЫХ РЕСПИРАТОРНЫХ ВИРУСНЫХ ИНФЕКЦИЙ СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ НА ТЕРРИТОРИИ РТ ЗА 2011-2013 ГОДЫ**

**Слюсарева А.А., Саетова А.И.**  
**Казанский государственный медицинский университет**  
**Научный руководитель – к.м.н., доц. Зорина Л.М., к.м.н., асс. Исаева Г.Ш.**

Этиологическая структура ОРВИ разнообразна, что отражается на эпидемиологической ситуации. Ведущая роль в структуре ОРВИ принадлежит гриппу. В последние годы с развитием молекулярно - диагностических методов исследования были обнаружены «новые» возбудители – коронавирусы, метапневмовирусы, бокавирусы и др.

Цель нашего исследования – анализ результатов молекулярно-эпидемиологического мониторинга за циркуляцией возбудителей ОРВИ на территории РТ за 2011 - 2013 годы.

Материал для исследования: мазки из носоглотки 2256 больных с подозрением на ОРВИ. Исследования производили методом ПЦР в реальном времени на обнаружение специфических фрагментов нуклеиновых кислот вирусов гриппа А(А/Н1N1; А/Н3N2; А/Н1N1 2009), гриппа В, парагриппа, RS - вирусов, аденовирусов, бокавирусов, метапневмовирусов, коронавирусов, риновирусов с помощью наборов коммерческих тест - систем.

Всего было проведено 29346 исследований на обнаружение вирусов гриппа и ОРВИ. Положительные результаты были получены в 2011 в 303 случаях, 2012 в 263 случаях, 2013 (январь - март) – в 426 случаях. По результатам исследований в 2011 году, в период эпидемического подъема заболеваемости ОРВИ на территории РТ, доминировал вирус пандемического гриппа А(Н1N1)/Калифорния/07/2009, который был выявлен в 30,7% случаев. В 2012 году ни у одного обследованного вирус «свиного» гриппа выявлен не был, в 2013 произошел «возврат» пандемического гриппа, который был выявлен в 29,5% случаев. Также обнаруживался вирус гриппа А(Н3N2): в 2011 году 2,1% случаев, в 2012 - 4,23%, с последующим снижением до 1,2% случаев в 2013. Вирус гриппа А/Н1N1 в 2011 году не выявлялся, в 2012 обнаружен в 0,16% случаев, в 2013 – в 1,3%. Заболеваемость гриппом В оставалась практически на одном уровне: в 2011 – 1,98%, 2013 - 1,3%. Доминировали риновирусы (в 2011 г. – 27,9%, в 2012 – 13,48%, 2013 – 14,4%). Остальные возбудители выявлялись значительно реже: вирусы парагриппа в 6,9%, RS - вирусы 8,15%, адено-, бока-, корона- и метапневмовирусы в 2,66%, 2,35%, 1,88% и 1,41% случаев.

Таким образом, на протяжении 2011-2013 гг. на территории РТ доминировали вирусы гриппа А, преимущественно пандемического подтипа А(Н1N1)Калифорния/07/2009. Другие возбудители ОРВИ составляли менее половины случаев, частота обнаружения которых варьировала от 35,9% до 45,6%.

## **ОБЕСПЕЧЕНИЕ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО БЛАГОПОЛУЧИЯ ВО ВРЕМЯ ЗАТОПЛЕНИЯ НА ДАЛЬНЕМ ВОСТОКЕ В 2013 ГОДУ**

**Хайбуллина А.Р., Валеева Ф.Р.**  
**Казанский государственный медицинский университет**  
**Научный руководитель – к.м.н., доц. Зорина Л.М.**

С конца июля 2013 года юг Дальнего Востока России оказался подвержен катастрофическим наводнениям, вызванным интенсивными затяжными осадками. Наводнение превратило в зону бедствия территорию трех областей: Амурской области, Хабаровского края, Еврейской автономной области, нанесло ущерб почти 200 населенным пунктам. С момента начала эвакуационных мероприятий оказана помощь 13688 людям. За сутки приходилось эвакуировать по 350 человек.

Целью работы является анализ эпидемиологической ситуации и эффективности проведенных мероприятий. Анализ проведен на основе инструкций и приказов соответствующих ведомств в интернет-ресурсах, видео- и кинохроники, с использованием официальных сообщений представителей власти в СМИ. С первого дня чрезвычайной ситуации медицинские работники опасались угрозы возникновения различных эпидемий и инфекций, прежде всего тех, что передаются водным путем. Поэтому были приняты все необходимые профилактические меры: организованы медпункты с изолятором, развернуты полевые лаборатории. В целях профилактики кишечных инфекций проводилось фагирование населения поливалентным бактериофагом, была начата вакцинация против гепатита А, брюшного тифа, шигеллез по эпидпоказаниям. Специалистами Роспотребнадзора постоянно контролировалось состояние воды из поверхностных и подземных источников водоснабжения. Дератизацией было охвачено 78,3% от подлежащей обработке площади. Мероприятия проводились совместными усилиями медицинских работников, спасателями МЧС при участии Минобороны под руководством Правительственной комиссии. В результате проведенных мероприятий на территории регионов, подвергшихся подтоплению, эпидситуация - стабильная. Результаты исследований проб воды из рек Амур и Зея находятся в пределах нормы.

Показатели заболеваемости острыми кишечными инфекциями и вирусными респираторными инфекциями не превышают контрольных уровней, что показывает полноту и эффективность проведенных мероприятий на затопленных территориях.

## **СМЕРТНОСТЬ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ ЛИЦ В РТ**

**Шарипова А.Г.**  
**Казанский государственный медицинский университет**  
**Научный руководитель – к.м.н., доц. Хасанова И.К.**

Целью исследования является установление причин, ведущих к ранней смертности среди ВИЧ инфицированных лиц в РТ.

Методы: проведен сравнительный анализ эпидемиологических и социальных показателей ВИЧ-инфицированных лиц, умерших в 2009 и 2010 год на территории РТ. Для этого были проанализированы карты эпидемиологического обследования очага и амбулаторные карты ВИЧ-инфицированных лиц, умерших в данные годы.

Умершие ВИЧ-инфицированные лица в зависимости от продолжительности болезни были условно разделены на 3 группы:

I группа – группа больных с минимальной продолжительностью болезни менее 3-х лет (<Мср.-1?).

II группа – группа больных со средней продолжительностью болезни более 3-х и менее 9 лет (>Мср.-1? и <Мср.+1?).

III группа – группа больных с максимальной продолжительности болезни более 9 лет (>Мср.-1?).

Результаты: Среди ВИЧ-инфицированных женщин в 2 раза реже регистрировались доля больных из III группы (11,6% против 21,7%,  $p < 0,05$ ) и в 1,7 раз чаще доля больных из I группы (34,7% против 20,7%,  $t = 2,9$ ,  $p < 0,05$ ).

В возрасте до 30-39 лет наблюдался минимальный риск ранней смертности ВИЧ-инфицированных лиц (19,7%,  $p < 0,01$ ), а в 50-59 лет – максимальный (45,5%,  $t = 2,9$ ,  $p < 0,01$ ).

Наиболее высокая частота лиц из I группы определялась у лиц умерших в результате отравления алкоголем (24,4%) или несчастного случая (34,4%) или развития онкологической патологии (40,0%).

У лиц получавших АРВТ в 1,87 раза меньше определялась доля пациентов из I группы (15,1% против 28,2%,  $p < 0,05$ ), без существенных различий в доле лиц из III группы.

Выводы: продолжительность болезни ВИЧ инфицированных лиц связана с социально-эпидемиологическими характеристиками пациентов. Максимальный риск ранней смертности ВИЧ-инфицированных лиц связан с женским полом и возрастом 50-59 лет. Ранняя смертность среди ВИЧ-инфицированных лиц преимущественно связана с отравлением алкоголем, несчастным случаем и онкологической патологией. Своевременная АРВТ ВИЧ-инфицированных лиц в 1,87 раза снижает риск возникновения ранней смертности.

## **ЭПИДЕМИОЛОГИЯ И ПРОФИЛАКТИКА РАКА ШЕЙКИ МАТКИ В АЛТАЙСКОМ КРАЕ В 2007-2012 ГГ.**

**Эйхман В.О.**

**Алтайский государственный медицинский университет**

**Научный руководитель – к.м.н., доц. Сафьянова Т.В., асс. Широкоступ С.В.**

На сегодняшний день в России и Алтайском крае пик инфицирования вирусом папилломы человека (ВПЧ) приходится на возраст 16-25 лет. Пик заболеваемости раком шейки матки (РШМ), основным фактором развития которого является ВПЧ, приходится на возраст 45-64 года.

Целью настоящего исследования является оценка эпидемиологической ситуации по заболеваемости раком шейки матки женского населения Российской Федерации и Алтайского края в 2007-2012 гг.

Задачи:

1. Анализ динамики заболеваемости РШМ в федеральных округах РФ, Сибирском федеральном округе и Алтайском крае с 2007 по 2012 гг.;

2. Сравнительная оценка динамики заболеваемости и смертности от РШМ женского населения РФ и Алтайского края в период с 2007 по 2012 гг.;

3. Оценка вакцинации против ВПЧ женского населения в Алтайском крае в период с 2007 по 2013 гг.

Материалы и методы:

В настоящем ретроспективном эпидемиологическом анализе заболеваемостью РШМ в 2007-2012 гг. использовались официальные статистические данные ФГБУЗ «Московский научно-исследовательский онкологический институт им. П.А. Герцена» Министерства здравоохранения РФ, Центра эпидемиологии Алтайского края.

В период 2007-2012 гг. средний многолетний показатель заболеваемости РШМ в Алтайском крае (15,81 на 100 тыс. населения) был в 1,2 раза выше аналогичного показателя по РФ (18,77 на 100 тыс. населения) на фоне тенденции к росту показателей заболеваемости в обеих выборках. Сибирский федеральный округ (СФО) занимал 6-ое место по уровню заболеваемости РШМ среди всех округов, показатель заболеваемости составил 21,86 на 100 тыс. населения, что на 16,5% выше аналогичного показателя по РФ (18,78 на 100 тыс. населения). В исследуемый период Алтайский край занимает 5-ое место среди всех регионов СФО по уровню заболеваемости РШМ со средними многолетними показателями заболеваемости (22,12 на 100 тыс. населения), превышающими аналогичные показатели Новосибирской, Кемеровской, Омской областей и Красноярском крае. В период с 2007 по 2012 гг. средний многолетний показатель смертности от РШМ в Алтайском крае (7,96 на 100 тыс. населения) был на 2% выше аналогичного показателя по РФ (8,13 на 100 тыс. населения). Это обстоятельство может свидетельствовать о сходном проявлении эпидемического процесса заболеваемости РШМ в Алтайском крае и в целом по РФ. С 2007 по 2013 гг.

## **ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ СИТУАЦИЯ ПО КОРИ В САРАТОВСКОЙ ОБЛАСТИ**

**Казанцев А.В., Абрамкина С.С., Чиркина Т.М.**

**Саратовский государственный медицинский университет**

**Научный руководитель – к.м.н., доц. Ерёмин В.И.**

Цель: эпидемиологический анализ официальных статистических данных о заболеваемости корью населения Саратовской области.

Методы исследования: был проведен анализ статистических данных о заболеваемости населения области корью в различное время: в довакцинальный и последующие периоды.

Полученные результаты: в допрививочный период в Саратовской области для кори были присущи следующие черты: высокие показатели заболеваемости (от 200 до 600 и более на 100 тыс. населения), при этом наиболее высокий показатель был отмечен в 1967 г. (1141,4 случая на 100 тыс. населения). Начало масштабной иммунизации населения против кори характеризовалось резким снижением заболеваемости при сохранении цикличности и зимне-весенней сезонности.

На рубеже последних веков регистрируемая заболеваемость в области была на уровне спорадической, а в отдельные годы (2001, 2002, 2005-2011) отсутствовала вообще. В 2011 г. было выявлено около 12% серонегативных лиц в возрастных группах 16-17 лет и 20-29 лет, что свидетельствовало о значительном числе восприимчивых к коре лиц в указанных группах. В 2011-2013 гг. в области регистрировались случаи заболевания корью преимущественно завозного характера.

Заключение: включение территории Саратовской области в статус свободной от коревой инфекции может быть достигнут путем создания высокой иммунной прослойки (свыше 95 %) населения области, проведение 2-х кратной иммунизации лиц в возрасте 18-35 лет с 95% охватом прививками данной возрастной группы, активное выявление случаев заболеваний корью среди лиц больных экзантемными заболеваниями.

## **УТИЛИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКИХ ОТХОДОВ В ГАУЗ ДРКБ МЗ РТ И ГАУЗ РКПБ ИМ.АКАД. В.М. БЕХТЕРЕВА**

**Сафина Э.И.**

**Казанский государственный медицинский университет  
Научный руководитель – к.м.н., доц. Хакимов Н.М.**

Проблема обращения с отходами лечебно-профилактических учреждений (ЛПУ) в Российской Федерации в современных условиях рассматривается как важная эпидемиологическая и экологическая компонента безопасности населения страны, вследствие полиморфности этого вида отходов и актуальности таких факторов потенциальной опасности при контакте с ними, как токсичность, радиоактивность и инфекционность. Всемирная организация здравоохранения с 1979 г. относит медицинские отходы к группе опасных и рекомендовала создание специальных служб по их переработке.

Медицинские отходы рассматриваются как фактор не только прямого, но и опосредованного риска возникновения инфекционных и неинфекционных заболеваний среди населения вследствие возможного загрязнения внутрибольничной среды и практически всех элементов среды окружающей – воды, воздуха, почвы, продуктов питания.

Проблема обезвреживания медицинских отходов весьма актуальна и требует срочного решения на федеральном уровне путем принятия соответствующих законов.

Санитарно-эпидемиологическое состояние учреждений здравоохранения во многом определяется принятыми правилами обращения с медицинскими отходами.

В работе проведены сравнительный анализ двух ЛПУ г. Казани ГАУЗ ДРКБ МЗ РТ и ГАУЗ РКПБ им. акад. В.М. Бехтерева МЗ РТ за период с 2011 по 2013 гг. Рассмотрены порядок утилизации мед отходов, безопасность, отчеты по утилизации медицинских отходов, проведен анализ их массы по классам опасности и по годам, соответствует ли утилизация мед. отходов санитарным правилам и нормам.

## **ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ПОСЛЕДСТВИЯ САМОЛЕЧЕНИЯ ВЕНЕРИЧЕСКИХ БОЛЕЗНЕЙ**

**Лопатиева А.О.**

**Казанский государственный медицинский университет  
Научный руководитель – к.м.н., доц. Хакимов Н.М.**

В современном обществе актуальна проблема широкой распространённости венерических болезней. Венерические болезни – это инфекционные заболевания, передающиеся от человека к человеку преимущественно половым путём. В настоящее время их насчитывается более 20. По данным государственного доклада «О состоянии санитарно-эпидемиологического благополучия населения в Республике Татарстан в 2012 году» в республике сохраняется высокий уровень заболеваемости инфекциями, передаваемыми преимущественно половым путём. Отмечено незначительное снижение заболеваемости по сравнению с 2011 годом на 1,7%, но по отдельным инфекциям, напротив, заболеваемость возросла. Всё чаще встаёт проблема самостоятельного лечения венерических болезней, которое приводит к хронизации инфекционного процесса, низкому уровню выявляемости венерических болезней и дальнейшему их распространению среди населения. Кроме того, это способствует возникновению у возбудителей лекарственной резистентности и усложняет процесс лечения.

## **ЭФФЕКТИВНОСТЬ ВАКЦИНОПРОФИЛАКТИКИ ГРИППА В РТ ЗА 2004-2013 ГГ**

**Слюсарева, Саетова А.И.**

**Казанский государственный медицинский университет  
Научный руководитель – к.м.н., доц. Зорина Л.М., к.м.н., доц. Исаева Г.Ш.**

Грипп остается одной из самых актуальных медицинских и социально-экономических проблем, как в России, так и в мире. Чрезвычайная активность механизма передачи возбудителей при этой инфекции обуславливает его повсеместное распространение и высокую интенсивность эпидемического процесса. Почти ежегодно грипп вызывает эпидемии с большим числом осложнений и высокой смертностью больных группы риска. По распространенности в нашей стране грипп и ОРВИ занимают первое место. По смертности грипп стоит на 2 - 3 месте, после туберкулеза и гепатита В.

Единственным на сегодняшний день эффективным способом предупреждения гриппа является вакцинация, и альтернативы ей нет. Примененная в предэпидемический сезон прививка против гриппа защищает от заболевания около 80% здоровых детей и взрослых.

Целью нашего исследования является анализ показателей вакцинации против гриппа населения РТ и оценка ее эффективности.

Материалом для изучения служили данные по охвату иммунизацией против гриппа населения РТ и РФ за 2004 – 2013 гг.

Последние годы на территории РТ используются различные вакцины, преимущественно Гриппол. Вакцины против гриппа готовятся из актуальных штаммов вируса гриппа человека, ежегодно рекомендуемых ВОЗ для использования в предстоящий эпидемический гриппозный сезон на основании анализа эпидемиологической ситуации. Современные гриппозные препараты содержат 3 вируса гриппа, циркулирующих в популяции людей А(Н1N1), А(Н3N2) и В.

Прививки проводились в оптимальный период для проведения вакцинации сентябрь-ноябрь, до начала эпидемического подъема.

Результаты. Несмотря на то, что за период с 2004 по 2013 гг. произошло повышение объема вакцинопрофилактики, процент охвата прививками против гриппа составил 22-23% от численности населения РТ, что на 3-4% ниже по сравнению с аналогичными показателями в разные годы в РФ, тем не менее, в последние годы показатели заболеваемости гриппом на территории РТ ниже средне-федеративных примерно на 20%.

Полученные данные говорят об эффективности выбранной в настоящее время тактики специфической профилактики гриппа, когда иммунопрофилактика ориентирована на приоритетную защиту категорий населения, к которым относятся лица высокого риска заражения и неблагоприятных последствий заболевания гриппом.

## **ПАПИЛОМАВИРУСНАЯ ИНФЕКЦИЯ И ЕЕ СПЕЦИФИЧЕСКАЯ ПРОФИЛАКТИКА**

**Мутагирова К.А.**

**Казанский государственный медицинский университет  
Научный руководитель – д.м.н., доц. Зорина Л.М.**

Папилломавирусная инфекция - инфекционное заболевание хронического характера, вызываемое вирусом папилломы человека. Цель исследования: изучить информацию о папилломавирусной инфекции и ее специфической профилактике. Был проведен поиск информации в зарубежной и отечественной литературе по заявленной теме. На сегодня выявлено несколько разновидностей этого микроорганизма, каждый из которых вызывает различные проявления заболевания: бородавки на коже рук, ног и других частях тела, остроконечные кондиломы на слизистых оболочках гениталий и др. Особую опасность, которую представляет папилломавирусная инфекция для человека, заключается в способности некоторых разновидностей вируса папилломы человека провоцировать развитие раковых заболеваний. Клинические исследования подтвердили, что наличие определенных видов папиллом в организме становится причиной образования злокачественных опухолей шейки матки у женщин и полового члена у мужчин, рака глотки и других проявлений. Принимая во внимание широкую распространенность папилломавирусной инфекции среди населения, доказанную этиологическую роль вируса папилломы человека в развитии рака шейки матки, чрезвычайно важное значение имеет специфическая профилактика этой инфекции. Создание вакцины против вируса папилломы человека можно считать одним из самых крупных достижений медицинской науки. Международная организация по исследованиям в области рака заявляет, что предотвращение заражения и персистенции вируса папилломы человека однозначно можно считать профилактикой рака шейки матки. Вакцина зарегистрирована, начиная с июня 2006 г, более, чем в 60 странах мира, включая страны Евросоюза и Россию, и внесена в Национальный календарь вакцинации уже более 20 стран мира. Длительность защиты по результатам проведенных исследований составляет на сегодня 5 лет, но уже получены свидетельства наличия клеток иммунологической памяти. На основании результатов ряда международных контролируемых клинических исследований и эпидемиологических данных были определены основные возрастные группы, которым рекомендована иммунизация: дети от 9 до 17 лет и молодые женщины от 18 до 26 лет.

## **О РЕЗУЛЬТАТАХ ИССЛЕДОВАНИЯ ПОСТВАКЦИНАЛЬНОГО ИММУНИТЕТА К ВИРУСНОМУ ГЕПАТИТУ В У МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ В ВОРОНЕЖСКОЙ ОБЛАСТИ**

**Чемодурова Ю.В., Ситник Т.Н.**

**Воронежская государственная медицинская академия им. Н.Н. Бурденко  
Научный руководитель – д.м.н., проф. Мамчик Н.П.**

Проблеме инфицирования медицинских работников при выполнении должностных обязанностей уделяется все большее внимание. В Воронежской области иммунизация медработников групп риска началась с 1998 г. Охват прививками медработников ежегодно увеличивается с 0,1% в 1998 году до 96,8% на конец 2013г., при этом 46% от численности медработников привиты более 10 лет назад. Инструкциями по применению вакцин против ВГВ рекомендована ревакцинация через 7-8 лет, а также определение напряженности иммунитета при аварийной ситуации для выбора тактики экстренной профилактики.

Целью работы явилось исследование напряженности поствакцинального иммунитета против ВГВ у медработников, для определения подлежащих введению бустерной дозы вакцины против ВГВ (одна аппликация) среди привитых трехкратно 7 и более лет назад; привитых по неполной схеме (V2); лиц с утраченным документальным подтверждением проведенных прививок.

Материалы и методы. Проведение серомониторинга было организовано за счет средств бюджета области в лаборатории БУЗ ВО «Воронежский областной клинический центр профилактики и борьбы со СПИД» методом ИФА. При лабораторном тестировании определяли средние геометрические титры анти-HBs и уровень сероконверсии, для использованных тест-систем защитным расценивался уровень 10 МЕ/мл.

Результаты. Обследованы 1000 медработников 49 ЛПО области. Всего серопозитивных было 312 человек (31%). Уровень поствакцинальных анти-HBs от 10 до 100 МЕ/мл обнаружили у 172 медработников (17%). Удельный вес лиц с уровнем поствакцинальных анти-HBs более 100 МЕ/мл составил 14% от всех тестированных. В этой группе 57% имели давность вакцинации более 10 лет, что свидетельствует о высокой иммуногенности использованных вакцин.

У 69% обследованных не сохранился протективный иммунитет. Среди серонегативных 59% имели срок от прививки более 10 лет. Отсутствие иммунитета у 172 привитых в более короткие сроки требует детального анализа по видам использованных вакцин.

Выводы. Подтверждена необходимость бустер-иммунизации против ВГВ у привитых в отдаленные сроки (более 10 лет), при обязательном обследовании на напряженность иммунитета. Запланированы закупки вакцины в целом по области на 69% привитых до 2003 года. Обоснованы закупки специфического иммуноглобулина для аварийных ситуаций.

## **ИЗУЧЕНИЕ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ КОКЛЮШЕМ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ И РЕСПУБЛИКЕ ТАТАРСТАН**

**Аглиуллина С.Т.**

**Казанский государственный медицинский университет  
Научный руководитель – к.м.н., доц. Хасанова И.К.**

Коклюш, несмотря на существенное снижение заболеваемости и смертности с введением вакцинации, остается актуальной инфекцией, особенно среди детей первых месяцев жизни, не подлежащих вакцинации по возрасту или не завершивших полный курс вакцинации. Иммунитет, как в результате перенесенной болезни, так и после вакцинации, не является пожизненным и постепенно ослабевает в течение 4–12 лет.

Цель: оценить эпидемическую ситуацию по коклюшу в РФ.

Методы исследования: описательный и аналитический методы.

Результаты. В РФ в 2012г. зарегистрированы 7220 случаев коклюша. Показатель заболеваемости за 2012 г. составил 5,05 на 100 тысяч населения (против 3,34–в 2011 г.; 3,38–в 2010 г.). В структуре заболеваемости коклюшем доля детей до 17 лет на протяжении последних 3х лет составляет 96–97%. Показатели заболеваемости среди детей до 1 года – 87,6 на 100 тысяч детей (2011 г. – 61,6; 2010 г. – 56,88). Среди заболевших привитых возросло число школьников 6–10 лет, что свидетельствует о снижении у них уровня противокклюшного иммунитета. В 2012 г. своевременно, по достижении 12 месяцев, вакцинированы

против коклюша по России 96,93% детей. Ревакцинированы в 24 месяца своевременно 96,78% детей, только в Магаданской области - менее 95%.

В Республике Татарстан в 2012г. зарегистрировано 262 случая коклюша (6,79 на 100 тысяч населения), отмечен рост заболеваемости на 61,2% по сравнению с 2011г. (2011г. - 4,2; 2010г. - 4,8).

Уровень заболеваемости в РТ (6,79) в сравнении со среднефедеративным показателем (5,05) выше на 25,6% и на 48,5% по сравнению с Приволжским Федеральным округом (3,5).

Наибольший показатель заболеваемости коклюшем отмечен в городе Казань (12,49 на 100 тысяч населения), городе Набережные Челны (5,25), Альметьевском, Зеленодольском, Нижнекамском, Елабужском районах.

Заключение. Отмечается рост заболеваемости как по Республике Татарстан, так и в целом по России. Максимальные показатели заболеваемости выявлены среди детей до 1 года, не привитых против коклюша или не закончивших курс вакцинации из-за медицинских отводов или отказов родителей. В последние годы охват иммунизацией детей был выше 95 % практически во всех регионах. Но, несмотря на это, коклюш остается эндемическим заболеванием с пиками каждые 3-4 года.

## **ИНФОРМИРОВАННОСТЬ СПЕЦКОНТИНГЕНТА УФСИН РОССИИ ПО РТ О ГЕПАТИТЕ В**

**Еремеева Ж.Г.**

**Казанский государственный медицинский университет  
Научный руководитель – д.м.н., проф. Фазылов В.Х.**

Спецконтингент учреждений Управления Федеральной службы исполнения наказаний (УФСИН) представляет собой группу высокого риска заражения парентеральными вирусными гепатитами. Заболеваемость спецконтингента парентеральными вирусными гепатитами, как правило, превышает показатели среди населения в целом.

Вакцинопрофилактика вирусного гепатита В (ВГ-В) оказывает эффективное влияние на эпидемический процесс при ВГВ-инфекции. Высокий уровень заболеваемости ВГ-В в этой среде позволяют предполагать, что значительная часть спецконтингента выпадает из массовой вакцинопрофилактики гепатита В. В дальнейшем, после освобождения спецконтингент УФСИН России по Республике Татарстан (УФСИН России по РТ) может создать угрозу заражения населения. В связи с этим возникает необходимость изучения наличия иммунитета против ВГ-В среди контингента УФСИН. Нами проведено анкетирование спецконтингента исправительных колоний УФСИН России по РТ относительно ВГ-В. Цель - охарактеризовать уровень информированности спецконтингента УФСИН РОССИИ по РТ об эпидемиологии гепатита В.

На основе анкетирования 170 человек произведена оценка уровня знаний о ВГ-В (путях передачи, осложнениях, методах профилактики), проанализирована полнота проведенной иммунопрофилактики ВГ-В среди спецконтингента УФСИН России по РТ. В возрастной структуре опрошенного спецконтингента преобладают лица 20-29 и 30-39 лет (45,9% и 21,8% соответственно). О существовании ВГ-В, передающегося через кровь, знали 71,2% опрошенных. Информированность о возможном заражении половым путем составила 81,2%, при внутривенном употреблении наркотиков – 85,9%, контактно-бытовым путем – 57%. Чуть более половины опрошенных (53,5%) знали о существовании вакцины против гепатита В и 49 % спецконтингента хотели бы сделать данную прививку. Из числа опрошенных 26,8% не знают, проводилась ли им вакцинация, 58,8% утверждают, что не были привиты, 7,6 % привиты однократно, 3,5% - двукратно и 4,1% прошли полный курс вакцинации. Таким образом, среди спецконтингента при достаточном уровне знаний об эпидемиологии ВГ-В отмечается отсутствие вакцинопрофилактики против ВГ-В и желание привиться примерно у половины опрошенных.

## **ЭПИДСИТУАЦИЯ ПО ВИЧ-ИНФЕКЦИИ В РТ**

**Грибанова А.О., Чумакова А.О.**

**Казанский государственный медицинский университет  
Научный руководитель – к.м.н., доц. Хакимов Н.М.**

В настоящее время эпидемическая обстановка по ВИЧ - инфекции в РФ остается напряженной, продолжается распространение и увеличение числа ВИЧ-инфицированных и больных.

На 1 января 2013 года в Российской Федерации зарегистрировано 719445 случаев ВИЧ инфекции: детей 90396, больных СПИДом - 6193.

На июнь 2012 год по пораженности населения ВИЧ-инфекцией занимало 25-е место среди регионов РФ, а в Приволжском федеральном округе восьмое место.

На данный момент на учете в РТ состоит 10521 ВИЧ - инфицированных. Поражённость ВИЧ - инфекцией на 100 тыс. населения - 270,5.

С 1987 по 12 февраля 2014 года в РТ выявлено 16892 случаев ВИЧ-инфекции, из них 15624 - зарегистрировано впервые, 1268 прибыли из других регионов с установленным диагнозом ВИЧ - инфекции.

От ВИЧ-инфицированных матерей родилось 1986 детей, из них 33 ребенка прибыло из других регионов с установленным диагнозом ВИЧ-инфекции, 89 - детям выставлен диагноз ВИЧ-инфекция. Всего умерло 8 ВИЧ-инфицированных детей.

Поражённость ВИЧ-инфекцией беременных женщин составляет 0,4% (РФ - 0,6%)

Основной причиной заражения вирусом иммунодефицита продолжает оставаться внутривенное введение наркотиков, использование нестерильных инструментов, наряду с ежегодным ростом полового пути заражения. На эту причину приходится 57,9% от всех новых случаев заражения (на ноябрь 2013 г.). Как следствие увеличения числа ВИЧ-инфицированных женщин возрастает число детей, рожденных ВИЧ - позитивными матерями.

## **ВВЕДИТЕ НАЗВАНИЕ БОЛЬШИМИ БУКВАМИ**

**Дручанов М.М.**

**Алтайский государственный медицинский университет  
Научный руководитель – к.м.н., асс. Широкопуп С.В.**

В настоящее время заболеваемость сибирским клещевым тифом (СКТ) в Алтайском крае представляет серьезную эпидемиологическую опасность для регионального здравоохранения, поскольку показатели заболеваемости в разные годы в 1,5-3 раза превышают аналогичные показатели в целом по России.



Целью проведенного исследования явилась оценка эпидемической ситуации по заболеваемости СКТ среди городского и сельского населения Алтайского края в период с 2003 по 2012 годы.

Методы исследования. В проведенном эпиданализе СКТ в 2003-2012 гг. использовались данные Управления Роспотребнадзора по Алтайскому краю, Центра эпидемиологии Алтайского края. Для обработки данных, использованных в эпиданализе, применялись: расчёт интенсивных показателей (I), ошибок репрезентативности (m), средних величин (X), t-критерия Стьюдента, оценка корреляционных связей по методу Спирмена.

В результате проведенного анализа заболеваемости СКТ в период в 2003-2012 гг. была выявлена тенденция к снижению показателей заболеваемости среди населения края на 16% с  $30,82 \pm 1,09$  до  $26,59 \pm 1,05$  на 100 тыс. населения ( $p < 0,05$ ). Основной вклад в формирование показателей вносит сельское население, средний многолетний показатель заболеваемости которого ( $43,2 \pm 1,92$  на 100 тыс. населения) в 2,8 раза выше аналогичного показателя среди горожан ( $15,3 \pm 1,06$  на 100 тыс. населения) ( $p < 0,05$ ). В данный период средний многолетний показатель заболеваемости СКТ среди взрослых составил  $29,8 \pm 1,21$  и достоверно превысил аналогичный показатель среди детей ( $28,9 \pm 2,44$  на 100 тыс. населения) на 3,1% ( $p < 0,05$ ). Результаты ранжирования районов края по уровню заболеваемости, выполненное методом автокорреляции, показали, что районы с высокими и средними показателями располагаются группами, вблизи крупных городов – Камень на Оби, Рубцовск, Заринск, Бийск, Белокуриха.

Таким образом, эпидемическая ситуация заболеваемости СКТ в Алтайском крае является неблагоприятной, показатели заболеваемости формируются преимущественно за счет сельского населения. Сложившаяся ситуация требует корректирования существующих схем противоэпидемических мероприятий в части оценки необходимого объема акарицидных обработок на каждой из административных территорий региона.

## **УТИЛИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКИХ ОТХОДОВ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОЛИКЛИНИКИ**

**Гибадуллина Л.А., Хакимова Л.М.**  
**Казанский государственный медицинский университет**  
**Научный руководитель – к.м.н., доц. Хакимов Н.М.**

Целью работы было оценка показателей количества и массы медицинских отходов в стоматологической поликлинике. Показатели количества и массы медицинских отходов классов А и Б, а также число обслуженных больных по отделениям по месяцам с июня 2012 по май 2013 года в филиале №1 ОАО «Городская стоматология» были проанализированы с использованием методов санитарной статистики. В результате было установлено, что в целом по поликлинике суммарное количество медицинских отходов класса А составило 3377, их среднее количество – 272,4 ( $221,2 - 323,6$ ) в месяц. Их суммарная масса составил 4729,7 кг, средняя масса был 391,9 ( $304,3 - 479,5$ ) кг/мес. За изучаемый период выявлены разнонаправленные изменения количества и массы отходов класса А. Количество отходов класса Б составило 3417 за год или в среднем 285,8 ( $238,2$  до  $333,3$ ) за один месяц, их суммарная масса был 6044,8 кг, средняя масса – 508,6 ( $372,3 - 644,8$ ) кг/мес. Несмотря на тренд роста количества и массы отходов, их показатели, рассчитанные на одного обслуженного пациента, имели тренд снижения. Показатели образования медицинских отходов различаются не только между отделениями разного профиля, но и между отделениями, оказывающими однородные виды медицинской помощи. В целом по поликлинике отмечается увеличение веса отходов обоих классов при одновременном снижении их количества. Показатели веса отходов классов А и Б больше зависят от числа обслуженных в поликлинике пациентов, чем показатели количества отходов этих классов.

Выводы: стоматологическая поликлиника является источником образования медицинских отходов классов А и Б, причем среднемесячное количество и масса отходов класса Б преобладали над аналогичными показателями отходов класса А.

В целом по поликлинике отмечается увеличение веса отходов обоих классов при одновременном снижении их количества.

Показатели веса отходов классов А и Б больше зависят от числа обслуженных в поликлинике пациентов, чем показатели количества отходов этих классов.

Показатели количества и массы медицинских отходов в расчете на одного обслуженного в поликлинике пациента имеют различия по значениям и трендам не только между отделениями терапии, хирургии и ортопедии, но и между терапевтическими отделениями.

## **КОРЕВАЯ ИНФЕКЦИЯ СНОВА СРЕДИ НАС.**

**Кутузова Э.Р.**  
**Казанский государственный медицинский университет**  
**Научный руководитель – к.м.н., доц. Хасанова И.К.**

Корь — это одно из самых распространенных в мире острых вирусных антропонозных заболеваний, сопровождающееся интоксикацией, катаральным поражением верхних дыхательных путей и пятнисто-папулезной экзантемой. Несмотря на наличие эффективных профилактических мер, она остается проблемой здравоохранения глобального масштаба.

В довакцинальный период заболевание было одной из основных причин смертности детей раннего возраста. В настоящее время корь относят к числу инфекций, подлежащих ликвидации в соответствии с программой ВОЗ. Несмотря на то, что вакцинопрофилактику кори у нас в стране проводят с 1967 г., в последнее время на многих территориях страны отмечен рост заболеваемости.

В России необходимо проводить массовую иммунизацию детей против кори с охватом не менее 95%. Плановая противоэпидемическая работа в этом направлении в виде вакцинопрофилактики с 1967 года дала о себе знать и на протяжении почти десятилетия заболеваемость неуклонно снижалась, менее 1 тысячи случаев за год. В РФ была разработана и применена федеральная программа полной ликвидации кори к 2010 году.

В некоторых странах её уже не регистрируют. В доиммунизационный период отмечали периодические подъёмы заболеваемости с интервалом 2-4 года. Массовая иммунизация внесла изменения в эпидемиологические проявления инфекции: увеличила интервалы между подъёмами заболеваемости до 8-10 лет, сместила сезонность на весенне-летние месяцы, а также способствовала «повзрослению» инфекции. Сейчас нередки случаи заболевания подростков и взрослых. Доля взрослых лиц составляет 70-80%, что привело к увеличению в структуре заболеваемости удельного веса тяжёлых и среднетяжёлых клинических форм. Не запланирована вакцинация против кори взрослых от 18-35 лет на 2013 г. в ряде районов РТ. Остаются неохваченными труднодоступные слои населения (мигранты).

Нестабильность эпидемиологической ситуации связана с упущениями в стратегии вакцинопрофилактики, то есть ее отсутствием среди детей раннего возраста, в связи с массовыми отказами родителей. Крупные вспышки заболевания зарегистрированы в детских дошкольных учреждениях и школьных организованных коллективах. Все это является следствием «повзрелости» инфекции и ведет к возникновению новых вспышек среди дошкольников, школьников и взрослого населения.

## **ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ И ЭПИЗООТОЛОГИЧЕСКАЯ СИТУАЦИЯ ПО БЕШЕНСТВУ В РЕСПУБЛИКЕ ТАТАРСТАН**

**Закирова Л.З.**

**Казанский государственный медицинский университет  
Научный руководитель – к.м.н., доц. Хасанова И.К.**

Бешенство представляет серьезную проблему здравоохранения многих стран мира, что, в первую очередь связано с проблемой распространения его среди диких животных. Оно относится к числу особо опасных инфекций. Во всем мире ежегодно происходит 50 000 случаев смерти в результате бешенства, причем подавляющее большинство из этих случаев приходится на сельские районы Африки и Азии.

Эпизоотическая ситуация по бешенству в Республике Татарстан остается напряженной, хотя в последние годы наблюдаются значительные снижения случаев заболеваемости. Так, если в 2009 году зафиксировано 373 случая в 307 пунктах, то в 2010 году 239 случаев в 213 пунктах, в 2011 году 126 случаев в 118 пунктах. На 1 сентября 2012 года зарегистрировано 101 случай бешенства в 71 пункте, в 30 районах, в 2 городах.

Тем не менее, Татарстан 5-й год подряд становится "лидером" в Приволжском Федеральном Округе по заболеваемости бешенством среди животных. Только в прошлом году от укусов в республике пострадало более 11 тысяч человек. По данным Роспотребнадзора по РТ, в Казани по итогам 2013года, выявлено 255 случаев бешенства среди животных сразу в 40 районах республики. В 2012 году зарегистрировано 269 случая. Статистика неутешительна - за последние пять лет Татарстан стабильно занимает первое место по бешенству среди животных.

Учитывая сложившуюся ситуацию, важнейшим элементом профилактики бешенства является контроль за содержанием как домашних, так и диких животных. В настоящее время во многих странах разработана и с успехом применяется программа поимки, проверки, вакцинации, стерилизации и освобождения безнадзорных животных.

При этом проводятся отлов и стерилизация бродячих животных с последующим возвращением их в прежнее место обитания. При использовании этой программы все стерилизованные животные подвергаются вакцинации, что способствует улучшению эпизоотической ситуации. Таким образом, в РТ в 2011году Государственной ветеринарной службой совместно с охотоведами проведена пероральная иммунизация диких плотоядных животных, путем раскладки в местах их обитания приманок, заправленных антирабической вакциной «Рабивак-О/333». Всего использовано 600,1 тыс. доз данной вакцины. Поедаемость составила в целом по республике 96% от количества расставленных приманок. В 2012 г. пероральная иммунизация диких плотоядных животных возросла на 300 тыс. и составила 900 тыс. доз.

Во всех городах и районах республики организовано необходимое количество бригад по отлову бродячих животных. Проводится работа по регулированию численности бродячих животных, ежегодно отлавливается 20-30 тыс. голов собак и 5-7тыс. голов кошек.

Вторым не маловажным звеном в профилактике бешенства имеет вакцинация среди людей. Мировой медицинской практикой накоплен 130-летний опыт применения прививок от бешенства. В настоящее время используется стандартная схема прививок, состоящая из 6 инъекций антирабической вакцины в 0-день, на 3-й, 7-й,14-й,30-й и 90-й день. К сожалению, информированность населения о своевременном обращении для проведения антирабической вакцинации также остается на низком уровне, что способствует увеличению смертности в случае нападения животных. В Татарстане за прошедший год от укусов животных пострадали 11,5 тыс. человек.

Распоряжением Кабинета Министров Республики Татарстан от 17.02.2011. № 208-р утвержден Комплексный план мероприятий по профилактике заболевания бешенством в Республике Татарстан на 2011-2015 гг. В связи с актуальностью данной проблемы задачами плана являются отлов безнадзорных животных гуманными методами, вакцинация, стерилизация, содержание и возврат безнадзорных животных в места их естественного обитания, гуманная эвтаназия больных и агрессивных животных.

Тираж 280 экз. Бумага офсетная.  
Гарнитура Таhoma. Печать ризографическая.  
Отпечатано с готового оригинал-макета  
в типографии «АртПечатьСервис» ИП Мартынов М.Н.  
420061, г. Казань, ул. Космонавтов, 41-10.  
Тел. 295-10-19  
Тел./факс: 295-06-44

---

ISBN 978-5-9902925-4-3



9 785990 292543

